

CLÁUDIA MARIA ROUSSADO FAUSTINO

**BEM-ESTAR SUBJETIVO E O AJUSTAMENTO
EMOCIONAL NO IDOSO**

Orientador: Américo Baptista

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa
2014**

CLÁUDIA MARIA ROUSSADO FAUSTINO

**BEM-ESTAR SUBJETIVO E O AJUSTAMENTO
EMOCIONAL NO IDOSO**

Dissertação apresentada para conferir o Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professor Doutor Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2014

Epígrafe

*Algumas pessoas por mais velhas que sejam, nunca
perdem a beleza;*

Apenas a transferem do rosto para o coração.

M. Buxbaum

Dedicatória

Dedico esta investigação aos meus pais, irmã e avó pelo exemplo de vida.

À minha família e namorado com quem construo felicidade.

A todas as pessoas que são importantes para mim.

Agradecimentos

Ao finalizar este trabalho de investigação gostaria de expressar o meu grato agradecimento a todos os intervenientes que me apoiaram e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste percurso.

Começo por agradecer ao Professor Doutor Américo Baptista, meu orientador no Seminário de Investigação, pela oportunidade e disponibilidade de me orientar ao longo deste percurso, assim como, por todos os conhecimentos e aprendizagens impulsionados.

Ao Dr.º César Fernandes, Diretor Clínico da Casa de Repouso São José de Maria, e à Dr.^a Ana Neves, Assistente Social do Centro Social e Paroquial da Nossa Senhora do Livramento, por me terem permitido ter acesso à amostra para a concretização da presente investigação, assim como a todos os idosos que se disponibilizaram para participar nesta.

Aos meus queridos pais que, apesar de algumas adversidades, me acompanharam e motivaram para a conclusão deste trabalho, bem como ao longo de toda a minha existência. Muito obrigada pelo apoio que sempre me deram e por acreditarem que seria capaz. O que sou hoje, a vocês o devo.

À minha irmã, Liliana Faustino, e primas, Diana Batalha e Carolina Batalha, pelo vosso amor, carinho, amizade e apoio nos momentos em que mais precisei.

Ao meu namorado, André Lourenço, pela constante presença, amizade, partilha, amor e paciência no decorrer desta jornada.

A toda a minha família pela admiração, orgulho e apoio incondicional.

Às minhas colegas e amigas, Inês Fernandes e Vanessa Santos, pela lealdade e companheirismo que sempre me prestaram nesta fase, foram muitos os momentos que nos fomos confortando e emparando umas às outras, quando a opção que nos parecia mais fácil era a de fracassar, e a todos os meus amigos que sempre me deram força e amizade para continuar a lutar.

Resumo

A presente investigação teve como principal objetivo identificar os fatores que contribuíram para a felicidade na população idosa. Foi utilizada uma amostra de conveniência, composta por um total de 122 participantes, todos eles caucasianos. Desses indivíduos 61 estavam institucionalizados e outros 61 não institucionalizados, em que 45 são do sexo masculino e 77 do sexo feminino. Em termos de idades, era uma amostra com idades a partir dos 65 anos, apresentando as mulheres uma média de idade de 78.6 anos ($DP=7.90$) e os homens de 76.4 anos ($DP = 6.93$). Foi elaborado um protocolo de investigação composto por um questionário sociodemográfico e pelas seguintes medidas de avaliação: termómetro da felicidade, escala de satisfação com a vida, escala de florescimento, escala de felicidade subjetiva, perfil de estados de humor e escala de solidão da UCLA. Os resultados mostraram que não foi encontrado um efeito significativamente estatístico para o sexo, mas para a institucionalização. A população não institucionalizada apresenta maiores níveis de satisfação com a vida, felicidade subjetiva, cólera-hostilidade, vigor-atividade, confusão-desorientação, assim como maior capacidade de florescimento, e a de institucionalizados índices mais elevados de tensão-ansiedade e de solidão. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na felicidade último mês, na depressão-melancolia e na fadiga-inércia. Observou-se também que a satisfação com a vida, o vigor-atividade e a depressão-melancolia predizem de forma estatisticamente significativa a felicidade no último mês, tendo sido encontrado um modelo que explica 36.8% da sua variância.

Palavras-Chave: Felicidade, Bem-estar Subjetivo, Estados de Humor, Solidão.

Abstract

This research had as main objective to identify the factors contributed to the happiness in the elderly population. It was used a convenience sample, comprising a total 122 participants, all caucasians. These individuals 61 were institutionalized and other 61 non-institutionalized, of both sexes, in which 45 are male and 77 female. In terms of age, was a sample aged from 65 years, with women of an average age of 78.6 years ($DP = 7.90$) and men of 76.4 years ($DP = 6.93$). It was elaborated a research protocol composed or a sociodemographic questionnaire and following assessment measures: happiness thermometer, scale of satisfaction with life, flourishing scale, subjective happiness scale, profile mood states and UCLA loneliness scale. The results showed that was not found a significantly statistical effect for sex, but for the institutionalization. The non-institutionalized population that presents higher levels of life satisfaction, subjective happiness, anger-hostility, vigor-activity, confusion-bewilderment, as well as larger flourishing, and the institutionalized higher rates of tension-anxiety and loneliness. No statistically significant differences were found in happiness last month, in depression-dejection and fatigue-inertia. It was also observed that the satisfaction with life, vigor-activity and depression-dejection predict statistically significantly happiness last month has been found a model that explains 36.8% of the variance.

Keywords: Happiness, Subjective Well-being, Mood States, Loneliness.

Lista de Abreviaturas e Siglas

INE – Instituto Nacional de Estatística

ESV – Escala de Satisfação Com a Vida

EF – Escala de Florescimento

EFS – Escala de Felicidade Subjetiva

PEH – Perfil de Estados de Humor

UCLA – Escala de Solidão UCLA

APA – Associação Americana de Psicologia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO HUMANO	14
1. Ser Idoso	15
1.1. Institucionalização na Velhice	17
1.2. O Papel das Emoções e da Psicologia Positiva na Perspetiva da Velhice	20
CAPÍTULO 2 – TEORIA DA SELETIVIDADE SOCIOEMOCIONAL.....	25
CAPÍTULO 3 – BEM-ESTAR SUBJETIVO.....	29
3. Conceito Bem-estar Subjetivo	30
3.1. Felicidade.....	32
3.2. Satisfação Com a Vida.....	36
3.3. Florescimento Humano.....	37
CAPÍTULO 4 – IMPORTÂNCIA DOS RELACIONAMENTOS SOCIAIS NO IDOSO	42
CAPÍTULO 5 – CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	48
5.1. Objetivo e Hipóteses	49
5.2. Caracterização da Amostra	49
5.3. Medidas.....	51
5.3.1. Informação Demográfica.....	51
5.3.2. Termómetro da Felicidade	52
5.3.3. Escala de Satisfação Com a Vida (ESV).....	52
5.3.5. Escala de Felicidade Subjetiva (EFS)	53
5.3.6. Perfil de Estados de Humor (PEH)	54
5.3.7. Escala de Solidão da UCLA (UCLA)	55
5.4. Procedimento	56
CAPÍTULO 6 – RESULTADOS.....	57
6.1. Diferenças entre o Sexo e a Institucionalização para Informações Demográficas	58
6.2. Idade e Anos de Escolaridade em Função da Institucionalização e do Sexo.....	59
6.3. Bem-estar Subjetivo, Estados de Humor e Solidão em função da Institucionalização e do Sexo.....	61
6.4. Predição da Felicidade	63
CAPÍTULO 7 – DISCUSSÃO	64
CONCLUSÃO.....	70

BIBLIOGRAFIA	73
APÊNDICES	i
Apêndice I: Consentimentos Informados das Instituições	ii
Apêndice II: Predição da Felicidade	iv
ANEXOS	v
Anexo I: Protocolo de Investigação	vi

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Características Demográficas da Amostra.....	50
Tabela 2 – Características da Amostra Institucionalizada.....	51
Tabela 3 – Diferenças entre o Sexo e a Institucionalização para Informações Demográficas ..	58
Tabela 4 – Idade e Anos de Escolaridade em Função da Institucionalização e do Sexo	60
Tabela 5 – Bem-estar Subjetivo, Estados de Humor e Solidão em Função da Institucionalização e do Sexo	62
Tabela 6 – Predição da Felicidade	63
Tabela 7 – Predição da Felicidade.....	iv

INTRODUÇÃO

A presente investigação teve como principal objetivo identificar os fatores que contribuíram para a felicidade na população idosa. Compreender o envelhecimento e os mecanismos que lhes estão associados, neste início do século XXI, têm-se demonstrado como uma prioridade em Portugal, pois de acordo com os mais recentes dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, que remontam ao ano de 2011, cerca de 19.7% da população residente em Portugal tem 64 ou mais anos de idade (INE, 2011). No que concerne aos próximos 50 anos, o Instituto Nacional de Estatística (2009) perspetiva que esta tendência de envelhecimento populacional se perpetue, prevendo que em 2060, contemos com cerca de três idosos por cada jovem. Tendo em conta este cenário, o aumento da esperança de média de vida da população idosa, a variável dinâmica familiar, assim como, as novas exigências sociais, o sénior muitas das vezes é obrigado a escolher uma instituição, para residir o resto dos seus dias, o que nem sempre se apresenta com sendo a solução mais agradável. De acordo com o INE (2011), na última década, o número de instituições de acolhimento de idosos aumentou de modo significativo, cerca de 24.7%. Como tal, a este processo agrega-se uma necessidade de adaptação por parte do idoso, para que este possa beneficiar de uma senescência bem-sucedida (Cardão 2009; Luppá, Luck, Weyerer, König, Brähler & Riedel-Heller, 2010).

Investigações relacionadas com o período da velhice, tal como os estudos no âmbito da psicologia clínica em geral, até há muito pouco tempo atrás, focalizavam-se na investigação das perturbações, mais precisamente, nas perdas, nos danos e nos decréscimos das capacidades funcionais dos indivíduos a elas associadas. Com a necessidade de reequilibrar o número de estudos acerca dos constructos psicológicos negativos, muito próximos do ser humano, por fatores mais positivos, deu-se o aparecimento da psicologia positiva (Buck, Carr & Robertson, 2008; Joseph & Wood, 2010). Este foi um movimento que surgiu no final do século XX, tendo como fundadores Martin Seligman e Mihali Csikszentmihalyi (2000), que desenvolveram “uma ciência de experiências positivas subjetivas, traços individuais positivos e instituições positivas que promete melhorar a qualidade de vida e prevenir que as patologias surjam quando a vida está vazia e despida de sentido”. O conceito bem-estar subjetivo é uma conceção associada a esta área de estudo, que de acordo com Diener (1984) inclui uma componente subjetiva que reside nas vivências do sujeito, não envolvendo apenas a ausência de emoções negativas, mas também de medidas positivas e de uma avaliação global. Estas avaliações incluem uma componente cognitiva

(julgamentos de satisfação com a vida), que é mais conhecida como satisfação com a vida e uma outra afetiva (reações emocionais agradáveis e desagradáveis) que se associa com a felicidade. Sendo o bem-estar subjetivo um termo vasto, este engloba a vivência de emoções positivas, baixos níveis de estados negativos e altos índices de satisfação com a vida (Diener & Diener, 1996; Diener, Oishi & Lucas, 2009). A busca da felicidade é um dos principais objetivos da humanidade e esta conceptualiza-se tendo em consideração a frequência de afeto positivo, a elevada satisfação com a vida e baixos níveis de afeto negativo (Lyubomirsky, Sheldon & Schakade, 2005; Veenhoven, 1994). Nas teorias contemporâneas acerca deste conceito persistem duas tradições filosóficas, que suportam o estudo da felicidade em duas vertentes opostas, mas que se apresentam como sendo fulcrais para o equilíbrio do funcionamento do ser humano, são elas a abordagem hedónica, que incide sobre a felicidade e define bem-estar em termos de obtenção de prazer e evitamento da dor, e a abordagem eudaimónica que se alicerça na importância da significação e da autorrealização (Ryan & Deci, 2001; Ryff & Singer, 1998). Os estados de humor são um dos fatores que exercem influência nos comportamentos e cognições dos indivíduos (Bolte, Goschke & Kuhl, 2003; Isen, Daubman & Nowicki, 1987; Isen, Johnson, Mertz & Robinson, 1985; Moriya & Nittono, 2011; Storbeck & Clore, 2005), sendo assim descritos por Lane & Terry (2000) como “um conjunto de sentimentos, efêmeros por natureza, que variam em intensidade e duração, e geralmente envolvem mais que uma emoção”.

Pesquisas efetuadas, acerca das vivências emocionais e da sua regulação, demonstram existir ganhos de desenvolvimento no período da velhice, na medida em que existe uma melhoria no bem-estar emocional destes sujeitos (Carstensen, Turan, Scheibe, Ram, Ersner-Hershfield, Samanez-Larkin, Brooks & Nesselroade, 2011). A teoria da seletividade socioemocional é uma das perspetivas que tem sido utilizada para explicar estes dados em termos de motivação, na medida em que esta é uma teoria que defende que quando o indivíduo percebe que existem limitações temporais, este adapta a motivação humana para objetivos emocionais significativos (Carstensen & Charles, 1999; Carstensen, Fung & Charles, 2003). A diminuição que normalmente se observa nos relacionamentos sociais é um processo que acompanha o avançar da idade, e neste âmbito é prevista pelas alterações que se efetuam nos objetivos que os sujeitos desenvolvem nas distintas fases da sua vida (Charles & Carstensen, 2007). É de consenso entre investigadores que a qualidade das relações e a participação em atividades sociais são componentes cruciais para a qualidade de vida das pessoas idosas (Mollenkopf, Marcelline, Ruoppila, Flaschenträger, Gagliardi, & Spazzafumo,

1997). De acordo com Antonucci (2001) as relações sociais exercem um papel central na saúde e bem-estar dos idosos, mais concretamente, no progresso de um envelhecimento bem-sucedido. Este autor defende ainda que os contactos sociais auxiliam os indivíduos a lidar e/ou ultrapassar os diversos obstáculos da vida quotidiana que estão relacionados com o processo de envelhecimento. A rutura de um laço social forte, nesta fase do ciclo vital, pode ser crucial para que se dê o aparecimento de fenómenos como a solidão, que se define como sendo um conjunto complexo de sentimentos, que emergem quando as carências pessoais e contextuais não são satisfeitas de modo regular, levando assim o sujeito em busca da satisfação dessas necessidades (Russell, Peplau & Curtrona, 1980).

Para a realização do estudo foi utilizado um protocolo de investigação constituído por seis instrumentos de avaliação, designadamente o termómetro da felicidade, a escala de satisfação com a vida, a escala de florescimento, a escala de felicidade subjetiva, o perfil de estados de humor e a escala de solidão da UCLA. Neste trabalho empírico foram colocadas três hipóteses de estudo, sendo elas as seguintes: (1) prevê-se que não existissem diferenças estatisticamente significativas entre sexos, nem entre institucionalizados e não institucionalizados nos níveis de felicidade, mas que os não institucionalizados e os homens apresentem maiores níveis de satisfação com a vida e as mulheres menor florescimento; (2) prevê-se que as mulheres e os idosos institucionalizados apresentem um maior desajustamento emocional e que sejam os homens a sentirem níveis mais altos de solidão e (3) prevê-se que são mais felizes os idosos que têm menos solidão, maior ajustamento emocional e mais satisfação com a vida.

Esta investigação está organizada em sete capítulos. O primeiro capítulo inicia-se com uma abordagem ao envelhecimento humano, onde se desenvolvem temas como o que é ser idoso, a vivência da institucionalização na velhice e o papel das emoções e da psicologia positiva na perspetiva da velhice. No segundo expõem-se a teoria da seletividade socioemocional. No terceiro descreve-se o conceito bem-estar subjetivo, a felicidade, a satisfação com a vida e o florescimento humano. No quarto aborda-se a importância dos relacionamentos sociais nos idosos. No quinto expõem-se os objetivos e hipóteses de trabalho, a caracterização da amostra, a descrição de todas as medidas utilizadas no estudo e o modo como se procedeu à concretização deste trabalho empírico. No sexto encontram-se os resultados estatísticos obtidos. E no sétimo, e último capítulo, são revistos e discutidos os resultados estatísticos. Na conclusão revêm-se os objetivos e hipóteses, são discutidas as limitações do estudo e apresentadas sugestões para estudos futuros. As normas utilizadas para

concretização da presente investigação foram as normas da Associação Americana de Psicologia (APA).

CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO HUMANO

1. Ser Idoso

No século XXI assistiu-se a um acentuado crescimento da população idosa, essencialmente no mundo ocidental. No que respeita à Europa, este é o continente com um maior número de indivíduos com 65 ou mais anos, e esta é uma população que está aumentar progressivamente (Angelini, Cavapozzi, Corazzini & Paccagnella, 2012). No caso português, o estudo da população idosa impera como sendo igualmente crucial, pois de acordo com os mais recentes dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, que remontam ao ano de 2011, cerca de 19.7% da população residente em Portugal tem 64 ou mais anos de idade (Fonseca, 2004; INE, 2011). No que concerne aos próximos 50 anos, o Instituto Nacional de Estatística (2009) perspetiva que esta tendência de envelhecimento populacional se perpetue, prevendo que em 2060, contemos com cerca de três idosos por cada jovem. Em termos de esperança média de vida, as diversas observações das tábuas de mortalidade possibilitam constatar que esta se encontra em crescimento, tendo entre 2000 e 2009, aumentando em Portugal 2.1 no caso das mulheres e 2.9 nos homens, situando-se a média de idades atingida entre os 82.4 e os 76.3 anos, respetivamente (Carrilho & Patrício, 2010).

A denominação envelhecimento, ainda que nos seja vulgar, a sua definição e conceptualização é complexa e difícil. Esta inexatidão ocorre essencialmente, porque determinações como envelhecer, envelhecimento e velhice diversificam-se consoante a altura histórica, social e pessoal. Hoje parece consensual que o envelhecimento é um processo que se sucede no decorrer da vida do indivíduo, desde a sua conceção até à morte. Já a velhice é vista como um período do ciclo vital, onde se inserem um aglomerado de sujeitos que são denominados de idosos. Por norma, os 65 anos de idade têm sido vistos como o marco de entrada na velhice, mas presentemente considera-se que o processo de envelhecimento está relacionado com um aglomerado de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se desenvolvem no decurso da vida, sendo assim complicado estabelecer uma fronteira a partir do qual se possa considerar uma pessoa idosa (Birren & Schaie, 2001; Lima, 2010).

Para Birren e Cunningham (1985) cada sujeito deve ser perspetivado tendo em consideração diversas idades: a idade biológica, que se refere ao envelhecimento orgânico, ao mecanismo natural de maturação, relacionado com o decorrer do tempo que proporciona alterações nas funcionalidades e sistemas do organismo; a idade social, que está associada ao ambiente em que o sujeito se insere, incluindo os seus papéis e/ou estatutos sociais, assim como, costumes individuais, extremamente determinados pelo seu contexto cultural e histórias grupais; e, por último, a idade psicológica, onde se encaixam as faculdades

cognitivas, comportamentais e emocionais, a personalidade e as aptidões do sujeito em se adequar e em lidar de forma eficaz com as imposições do contexto em que este se insere. A idade cronológica permite-nos assim apenas compreender o período em que o indivíduo nasceu, estabelece a idade da reforma, mas não circunscreve de modo exato a progressão do processo em si, havendo desta forma a necessidade de ter em conta outros aspetos para que se possa compreender as condutas e a forma como o processo de envelhecimento ocorre. Neste sentido, a multiplicidade de aspetos que regulam o envelhecimento e a enorme extensão desta faixa etária faz com que este seja um grupo muito diversificado. Ainda que ser idoso seja um fenómeno comum a todos os sujeitos, cada um destes é um ser único que reúne características singulares, o que torna o processo de envelhecimento distinto para cada indivíduo (Fonseca, 2006; Fontaine, 2006; Oliveira, 2010; Whitbourne & Whitbourne, 2011).

Ainda que a evolução do envelhecimento seja um procedimento demasiado complexo e possa ser analisado de diferentes óticas, na perspetiva de Lima (2010) este “trata-se de um processo universal, gradual e irreversível de mudanças e transformações que ocorrem com a passagem do tempo”. Neste sentido, este processo pode ser percecionado como um facto que está extremamente relacionado com os mecanismos de diferenciação e de desenvolvimento, uma vez que no processo de envelhecimento existe uma simbiose entre os mecanismos internos, como é o caso dos processos biológicos, e externos, como os hábitos da vida quotidiana de um indivíduo e o contexto em que este está inserido. Como tal, a primordial característica do envelhecimento é a diversidade inter e intraindividual. O que significa que há diferenças nos padrões de envelhecimento tanto entre sujeitos, que são portadores da mesma idade cronológica, como nas diversas funções de um mesmo indivíduo. O que vai de encontro ao paradigma biopsicossocial que defende que “não se envelhece da mesma forma, ao mesmo ritmo e na mesma época cronológica”, ou seja, ainda que o processo de ser idoso faça parte do ciclo vital de todo o homem, este é vivenciado de forma particular por cada indivíduo, de acordo com a sua formação orgânica e estrutura de personalidade, numa estreita relação com o ambiente (Cardão, 2009).

Quando ocorre a transição de um ciclo vital, que fica vincado pela idade, para um outro momento em que se adquirem, mas também se perdem algum direitos e capacidades funcionais, estas alterações sucedidas em simultâneo, e por vezes de difícil conciliação, podem ser perspetivadas sob uma vertente positiva e uma outra negativa. Positiva pelo facto de proporcionar o estabelecimento de ligações mais sólidas com o seu núcleo familiar e outras figuras significativas, assim como a concretização de atividades que proporcionei o bem-estar,

onde predominam sentimentos como a liberdade, maior estabilidade financeira, mais disponibilidade e tempo para o lazer. Negativa porque quando estamos perante situações de pobreza, de isolamento social, de solidão, de patologia e de dependência, condicionamos o sujeito, neste momento da sua vida, a uma sobrevivência despida de vantagens, de inclusão social e ocasiões, marcadas por episódios de sofrimento e de perdas, designadamente, a perda de estatuto como membro ativo, de papéis no seu seio familiar e na organização social. Tudo isto irá requerer um novo ajustamento às suas novas condições de vida psicossociais. Todavia, esta adaptação nem sempre é fácil devido às alterações que ocorrem ao nível corporal, psíquico, familiar, social e profissional (Azevedo & Teles, 2011; Fonseca, 2005).

Finalmente, um outro fator também bastante presente neste processo são os vários preconceitos que se geram em redor daquilo que é ser idoso, por generalizações abusivas por parte da população em geral, que afetam tanto o tratamento social e os cuidados prestados a estes sujeitos, como a forma como o próprio idoso vivência a sua velhice. De um modo geral, as representações sociais acerca do envelhecimento têm uma propensão a relacionar esta fase do ciclo vital do indivíduo a problemáticas orgânicas, como a diminuição da atividade física, à dependência, à doença e à morte, a alterações interpessoais, como modificações no humor, depressão, tristeza e isolamento e a deteriorações cognitivas (Castelli, Zecchini & Deamicis, 2005; Gázquez, Pérez-Fuentes, Fernández, González, Ruiz & Díaz, 2009; Levy & Leifheit-Limson, 2009; Palacios, Torres & Mena, 2009; Ryvicker, 2009).

1.1. Institucionalização na Velhice

A grande parte dos idosos elegem a sua casa para passar o resto dos seus dias, por considerarem que ainda têm competências para manter a honestidade do seu suporte social, proteger os fatores ambientais e usufruir de uma excelente qualidade de vida (Luppa, Luck, Weyerer, König, Brähler & Riedel-Heller, 2010). Porém, nos últimos 10 anos, segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (2011) o número de instituições de acolhimento de idosos aumentou de modo significativo, cerca de 24.7%.

A ida de pessoas idosas para instituições de acolhimento de longa duração, como é o caso das casas de repouso e dos lares, é uma situação real para alguns indivíduos, que por razões distintas, não conseguem encontrar dentro do seu contexto um suporte social eficaz para satisfazer as suas carências vitais. Em alguns casos porque o seu núcleo familiar não tem disponibilidade para cuidar do seu membro que se tornou dependente e/ou gravemente doente, mas também muitas das vezes por vivência de situações de viuvez (Luppa, et al., 2010;

Cardão, 2009). De acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995), o internamento é a última opção que se coloca ao ambiente familiar para os indivíduos que se encontram perante uma situação de maior debilidade e dependência.

Consoante os indivíduos evoluem no processo de envelhecimento, estes podem vivenciar perdas em distintas faculdades psíquicas e sociais que propiciam a vulnerabilidade emocional e física, essencialmente em situações de institucionalização. A institucionalização na velhice requer por parte desta população uma enorme capacidade de adaptação, pois muitas vezes este é um processo que determina o encontro com um contexto que não tem em consideração a singularidade do indivíduo, o seu percurso individual, e que tem um modo de funcionamento padronizado para todos os seus integrantes. Como tal, a institucionalização irá ser a rede de suporte formal que irá substituir a rede de assistência informal que era proporcionada pelos seus familiares e/ou outras pessoas com quem o indivíduo tinha algum vínculo afetivo estabelecido (Cardão, 2009; Kasi, 1972; Meléndez-Moral, Charco-Ruiz, Mayordomo-Rodríguez & Sales-Galán, 2013).

Para todos os indivíduos, mas particularmente para os jovens e idosos, a família é um pilar crucial na rede de suporte social destes sujeitos. Neste sentido, quando existe alguma modificação na estrutura familiar que afete este suporte, pode vir a criar efeitos nocivos para a saúde do indivíduo. A saída do idoso do seu seio familiar, com uma enorme panóplia de sentimentos que são mais ou menos evidentes de abandono pela família, rapidamente se agregam a outras experiências de perda, como a da sua autonomia e da prática absoluta do seu desejo, devido às normas e às condutas existentes dentro do ambiente institucional. Se este for um contexto que tome como preferência os trabalhos de prática quotidiana e opte pela imparcialidade dos cuidados a exercer, como a supervisão das terapêuticas, higiene e nutrições, levará a que o indivíduo seja privado de estimulação, de atenção emocional e de vínculos afetivos. Ao invés, se o ambiente institucional for um contexto que proporcione segurança, o idoso institucionalizado irá adequar-se às suas carências emocionais, tal como permite a este expressar a sua própria personalidade. Uma instituição que zeze pela proteção e potencialização das aptidões dos indivíduos apresenta-se como sendo fulcral para a continuidade e bem-estar do idoso, pois este comportamento permite evitar relações desagradáveis e vivências de frustração insuportáveis que causam dor ao sujeito (Cardão, 2009; Pezzin, Pollak & Schone, 2013). Essencialmente, um ambiente institucional favorável é aquele que se centraliza no sujeito, e ao mesmo tempo proporciona cuidados gerontológicos adaptados, tais como os sugeridos por Berger e Mailloux-Poirier (1995): elaboração de

programas que têm como objetivos promover e manter a saúde, ou seja, o bem-estar; progresso na prestação de cuidados em relação com outros profissionais de saúde, tendo em consideração o ser humano e a sua história de vida; e, por fim, promoção de modelos de cuidados que sejam mais favoráveis ao reajustamento e à independência do idoso.

Quando se inicia um processo de institucionalização na velhice, quer seja por determinação própria, quer por conselho de familiares ou de outras pessoas, como vizinhança ou grupo de pares, este pode ser percebido como uma vantagem, pelo facto de proporcionar ao idoso acompanhamento e cuidados, essencialmente, se a patologia prevalecer ou vierem a surgir limites graves à funcionalidade do sujeito (Santos, Sobral, Ribeiro & Costa, 2003). De acordo com Kasi (1972) a institucionalização irá provocar efeitos mais desfavoráveis sobre o bem-estar físico e psicológico no indivíduo idoso se ocorrerem as seguintes situações: aumento da extensão física entre os amigos, os familiares e os colegas que passam pelas mesmas experiências que este, tal como, dos diversos serviços e instalações a que estão habituados a recorrer no seu dia a dia para satisfazer as suas necessidades existenciais; se interferir no envolvimento do sujeito para a realização das suas atividades de lazer e sociais e se se caracterizar por uma rutura da qualidade da sua área de residência e de proximidade. Segundo as teorias psicológicas, a institucionalização pode ser perspectivada como a busca de vínculos opcionais, numa outra relação de auxílio e proteção, para que o final da sua vida possa ser vivenciado de modo seguro (Santos et al., 2003).

Em investigações referentes às consequências psíquicas da institucionalização, estas demonstraram existir diferenças em relação a aspetos adversos destes contextos, quer sejam eles em orfanatos, internatos, hospitais, ou em outros ambientes. Revelando que as particularidades dos sujeitos ou do organismo em causa não tem implicações, uma vez que as conclusões dos estudos demonstram que viver num ambiente institucional pode ter efeitos físicos e psicológicos nocivos sobre os indivíduos, quer sejam eles jovens ou idosos (Lieberman, Prock & Tobin, 1968). Investigações transversais, que comparam idosos institucionalizados e não institucionalizados, têm ainda evidenciado que o facto de ser em idades mais avançadas que surgem problemas da perda de qualidade de vida e de dependência, podem ser alguns dos fatores que contribui para que existam diferenças de idade entre estes dois grupos, encontrando-se os indivíduos com idades mais avançadas em instituições (Almeida & Quintão, 2012). Assim como também têm demonstrado que a população idosa que se encontra a residir em organismos institucionais apresenta uma menor capacidade ajustamento, uma baixa aptidão de pensamento independente e ação, um humor

deprimido, uma baixa autoestima, assim como, outras características negativas (Davidson & Kruglov, 1952; Mason, 1954). Em termos de diferenças nos estados de humor, que para Lane e Terry (2000) são “um conjunto de sentimentos, efêmeros por natureza, que variam em intensidade e duração, e geralmente envolvem mais que uma emoção”, entre os indivíduos que se encontram institucionalizados e os não institucionalizados, num estudo realizado por Gueldner e colaboradores (2001), pode-se verificar que os idosos que se encontram a residir nas suas próprias casas apresentam níveis superiores de vigor-atividade e os sujeitos que se encontram institucionalizados apresentam valores mais elevados de depressão-melancolia, tensão-ansiedade e confusão-desorientação. No que se refere às dimensões cólera-hostilidade e fadiga-inércia, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Do mesmo modo que a institucionalização influencia a vida do idoso, um estudo desenvolvido por McNair, Lorr e Droppleman (1992) também sugere existirem diferenças nos estados de humor vivenciados por ambos os sexos, demonstrando que nas mulheres encontramos valores mais elevados de tensão-ansiedade, depressão-melancolia, fadiga-inércia e confusão-desorientação e nos homens em dimensões como o vigor-atividade. Para a cólera-hostilidade não foi encontrada nenhuma relação com o género do sujeito. Neste estudo a população idosa obteve resultados um pouco mais baixos em dimensões como a cólera-hostilidade e a confusão-desorientação, assim como também foi possível verificar que indivíduos com idades acima dos 50 anos têm níveis muito reduzidos de cólera-hostilidade.

1.2. O Papel das Emoções e da Psicologia Positiva na Perspetiva da Velhice

Assim que o ser humano nasce as emoções apresentam-se como sendo cruciais para a sobrevivência do indivíduo (Carstensen & Turk-Charles, 1994).

Inicialmente, os estudos relacionados com o período da velhice, tal como as investigações no âmbito da psicologia clínica em geral, até há muito pouco tempo atrás, focalizavam-se, essencialmente, na investigação das perturbações, mais precisamente, nas perdas, nos danos e nos decréscimos das capacidades funcionais dos indivíduos a elas associadas (Joseph & Wood, 2010). Com a necessidade de reequilibrar a quantidade de estudos realizados acerca dos aspetos psicológicos negativos, muito relacionados com a condição humana, por fatores mais positivos deu-se o aparecimento de uma nova corrente designada de psicologia positiva (Buck, Carr & Robertson, 2008). Este foi um movimento que surgiu no final do século XX, tendo como grande impulsor o Psicólogo, Professor e Ex-presidente da Associação Americana de Psicologia, Martin Seligman e Mihali

Csikszentmihalyi (2000). Seligman durante trinta anos da sua carreira foi um investigador que foi interagindo com sujeitos que sofriam de perturbações depressivas, tendo de seguida começado a estudar esta patologia com o intuito de compreender as origens da felicidade, mencionando serem cruciais as investigações acerca das vivências positivas dos sujeitos, com o objetivo de impulsionar a qualidade de vida destes. Ainda assim, este autor não menosprezou as perturbações e as terapêuticas das mesmas, com sendo o grande objeto de estudo da psicologia clínica tradicional (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

A psicologia positiva é a área da psicologia que se centraliza no “estudo científico das forças humanas comuns e virtudes” com o objetivo de compreender como o indivíduo funciona, o que está correto nesse modo de funcionamento e o que ainda se encontra em desenvolvimento (Sheldon & King, 2001). De um modo mais preciso, de acordo com os seus fundadores e principais defensores, Seligman e Csikszentmihalyi (2000), esta é “uma ciência de experiências positivas subjetivas, traços individuais positivos e instituições positivas que promete melhorar a qualidade de vida e prevenir que as patologias surjam quando a vida está vazia e despida de sentido”. Essencialmente os seus fundadores pensaram em desenvolver uma área científica que permitisse entender e construir os fatores que possibilitam que os sujeitos, comunidades e sociedades floresçam. Para Duckworth, Steen e Seligman (2005) a psicologia positiva é a investigação empírica de vivências e particularidades individuais positivas e de organismos que facilitam o seu crescimento. Sendo esta uma área interessada pelo bem-estar e funcionamento ótimo, a psicologia positiva tem como principal intuito tornar o campo de intervenção da psicologia mais alargado, permitindo assim uma intervenção clínica para além do sofrimento e do seu alívio direto. Esta é ainda uma ciência que tem como premissa básica o ponto de vista de que os homens são “auto-organizados, autodirigidos e entidades adaptativas” (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000).

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) descreveram os três grandes pilares da psicologia positiva, são eles: a investigação das vivências subjetivas positivas, como o bem-estar, o contentamento, a satisfação, o otimismo, a esperança, o crescimento e a felicidade; a análise das características individuais positivas, tais como, a aptidão de amar, a vocação, a coragem, as competências para os relacionamentos sociais, a sensibilidade estética, a perseverança, o perdão, a originalidade, a consciência de futuro, a espiritualidade, as elevadas capacidades e a força de vontade; e, por último, as investigações acerca das capacidades cívicas e das instituições que proporcionam um maior civismo aos sujeitos, fomentando a responsabilidade, o altruísmo, a moderação, a tolerância e a ética no trabalho.

Tal como já havia sido mencionado, comparativamente às emoções positivas as emoções negativas tem merecido uma maior atenção empírica, acabando, na maioria das vezes, as emoções positivas por aparecerem em modelos gerais de emoções, confundindo-se com estados afetivos relacionados com estas e descritas de um modo geral (Fredrickson, 2004). Ao confrontar-se com este facto Fredrickson (2004) desenvolveu um modelo que se designa de ampliar e construir a teoria das emoções positivas, com o intuito de discutir os estudos iniciais acerca das emoções, visando reformular essencialmente a visão acerca das emoções positivas. De acordo com Cohn e Fredrickson (2008) as emoções positivas incluem respostas situacionais agradáveis ou desejáveis, que variam do interesse e contentamento ao amor e alegria, mas são distintas de uma sensação agradável e indiferenciadas de afeto positivo. Estas emoções são por norma bem-estar ou felicidade, mas permitem também aumentar o crescimento e o sucesso no futuro. Ainda que as emoções positivas e negativas tenham funções distintas, ambas são adaptativas e complementares, tal como têm repercussões físicas e cognitivas.

O modelo ampliar e construir a teoria das emoções positivas defende que algumas emoções positivas discretas, tais como a alegria, o interesse, a satisfação, o orgulho e o amor, ainda que sejam fenomenologicamente diferentes, todas elas têm uma característica em comum, alargar os reportórios de pensamento-ação momentâneos dos sujeitos, que são um processo que resulta de um mecanismo psicológico que delimita rapidamente o reportório de pensamento-ação do indivíduo, chamando-o a atenção para atuar, edificando recursos pessoais, que incluem tanto recursos físicos e intelectuais como recursos sociais e psicológicos. Ainda que as emoções positivas possam emergir em contextos de risco, este não é o ambiente habitual em que se despoleta este tipo de emoções. Neste sentido, nem sempre é necessário um mecanismo psicológico que estreite momentaneamente o reportório de pensamento-ação de um indivíduo para impulsionar uma resposta rápida e eficaz. Ao invés, as emoções positivas demonstram apresentar um efeito complementar, uma vez que aumentam o reportório de pensamento-ação dos sujeitos, alargando a diversidade de pensamento-ação. Ao contrário das emoções negativas, que proporcionam benefícios adaptativos diretos e imediatos em circunstâncias que colocam em causa a sobrevivência do homem, as emoções positivas originam reportórios de pensamento-ação que proporcionam benefícios adaptativos indiretos e de longo prazo, pelo facto de arquitetarem uma amplificação a longo prazo dos recursos pessoais que iram funcionar como reservas que poderão vir a ser colocadas em marcha em situações futuras e em distintos estados emocionais. É de salientar que as competências

pessoais aglomeradas no decorrer dos estados de emoções positivas são duráveis, assim como, também permanecem durante um maior período de tempo do que os estados emocionais que levam à sua aquisição. De um modo geral, através da vivência de emoções positivas os indivíduos modificam-se ficando mais criativos, resistentes, saudáveis e socialmente integrados. Pode-se assim constatar que existem vantagens ligadas à vivência de emoções positivas, uma vez que é por meio destas experiências que os sujeitos se constituem (Cohn & Fredrickson, 2008; Fredrickson 1998; Fredrickson, 2001; Fredrickson, 2004).

Diversas investigações concretizadas por Fredrickson (2001, 2004) permitem demonstrar que as emoções positivas influenciam tanto o funcionamento psicológico dos sujeitos com os comportamentos sociais e a reatividade fisiológica dos sistemas orgânicos. Uma outra investigadora que também se tem interessado por estudar estas questões é Alice Isen (1970), que tem tido como intuito estudar o prazer das emoções positivas e o interesse destas para o funcionamento psicológico dos indivíduos. Uma das suas investigações pioneiras foi na área da afetividade positiva e dos seus respetivos efeitos, apresentando no decorrer do experimento emoções positivas e obtendo um efeito positivo nos participantes oferecendo remunerações inesperadas. Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que era fácil induzir emoções positivas nos sujeitos, pois mesmo que a intensidade das emoções fosse reduzida, estas tinham um efeito nas condutas dos indivíduos, fomentando o auxílio, a generosidade e a responsabilidade social. Em outros estudos concretizados por Isen, esta tem sustentado que indivíduos que vivem em contextos proporcionados por um maior número de emoções positivas apresentam padrões de pensamento que são bastante incomuns, maleáveis, criativos, flexíveis e integrativos (Isen, Daubman & Nowick, 1987, Baptista, 2012).

Sendo a psicologia positiva uma área científica recente e dada a falta de investigação no campo do envelhecimento, este é o momento indicado para se voltar a dedicar mais atenção as teorias desenvolvidas acerca desta faixa etária e para se pensar em novas formas de debater o desenvolvimento na vida adulta (Ranzijn, 2002). Para Ranzijn (2002) é essencial explorar as exequíveis aplicações da psicologia positiva ao campo do envelhecimento pelos três seguintes motivos: idades avançadas foram tradicionalmente associadas a deficits e declínios, e pouco importância tem sido dada a possíveis ganhos e âmbitos de crescimento; se a psicologia positiva pode proporcionar melhorias ao nível da saúde física e psíquica isto irá diminuir a dependência e, como tal, os custos envolvidos nos cuidados dos idosos, e finalmente observa-se uma crescente necessidade de formar profissionais na área da

psicologia e da saúde neste contexto, em resposta ao crescente número de pacientes idosos. Estes três pontos irão permitir responder às intervenções destinadas a melhorar o nível funcional desta população-alvo.

CAPÍTULO 2 – TEORIA DA SELETIVIDADE SOCIOEMOCIONAL

Investigações relacionadas com a vivência e a regulação das emoções em adultos têm evidenciado as particularidades dos sujeitos na regulação destas, demonstrando existirem ganhos de desenvolvimento no período da velhice (Carstensen, Turan, Scheibe, Ram, Ersner-Hersfield, Samanez-Larkin, Brooks & Nesselroade, 2011). A teoria da seletividade socioemocional é uma das teorias que tem sido utilizada para explicar estes dados em termos de motivação, na medida em que esta é uma perspetiva que defende que quando o indivíduo percebe que existem limitações temporais, este adapta a motivação humana para objetivos emocionais significativos (Carstensen & Charles, 1999; Carstensen, Fung & Charles, 2003).

Esta teoria de desenvolvimento da motivação decorre ao longo do ciclo da vida, e alicerça-se nas capacidades cognitivas do ser humano para organizar o tempo, de modo a adaptar o futuro à medida que a idade avança. O fator tempo nesta perspetiva assume um papel preponderante, pelo facto de esta defender que as metas, são por norma, determinadas em termos temporais. Os objetivos, as preferências e as faculdades, como a atenção e a memória são algumas das capacidades do homem que se mobilizam em função da perspetiva temporal do indivíduo. De acordo com a teoria da seletividade socioemocional, as duas grandes trajetórias motivacionais que norteiam as condutas sociais no decorrer da vida é a trajetória das emoções, destinada à aquisição de novos conhecimentos, e as perspetivas futuras longas, onde prevalece a busca pelo saber. Na população idosa as escolhas concretizadas na sua vida quotidiana são realizadas de forma consciente ou inconsciente, de que o tempo é curto, dando assim prioridade a objetivos emocionais, tais como levar uma vida com significado, possuir relações interpessoais emocionais íntimas e sentir-se socialmente interligado. Defendo deste modo que as relações íntimas se tornam cada vez mais importantes com o avançar da idade, ao contrário de outras funções como a aquisição de informações ou tarefas básicas de sobrevivência, como a reprodução (Carstensen, 1995; Carstensen, 2006; Carstensen, 2009; Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999; Carstensen & Mikels, 2005; Carstensen & Turk-Charles, 1994).

A teoria da seletividade socioemocional para além de considerar que as emoções são indispensáveis no decorrer da vida humana, acrescenta também que a importância dos relacionamentos interpessoais varia de acordo com a idade. Consoante os indivíduos envelhecem, estes percebem que o tempo se está a escassear, e começam-se a centrar no presente ao invés do futuro. O que significa que a gestão das relações sociais em idades mais tardias está relacionada com a intensidade com que os sujeitos percecionam o seu tempo futuro, se é alargado ou delimitado (Charles & Carstensen, 2003; Lang, 2001).

A diminuição que normalmente se observa nos contactos sociais é um processo que acompanha o avançar da idade, e neste âmbito é prevista pelas alterações que se efetuam nos objetivos que os sujeitos desenvolvem nas distintas fases da sua vida. Como tal, os sujeitos à medida que vão avançando no processo de envelhecimento, estratégica e adaptativamente, dão preferência aos seus grupos de pares, com o objetivo último de rentabilizar os ganhos, assim como, de diminuir os riscos sociais e emocionais, optando por disponibilizar as suas energias e tempo que lhes resta a garantir o seu equilíbrio emocional. Buscando assim conservar e desfrutar dos relacionamentos que são indispensáveis e significantes para si, admitindo pequenos desacordos, e colocando em prática as aptidões que alcançaram com as suas vivências, para lidar de modo eficaz com os seus relacionamentos interpessoais. Os elevados níveis de bem-estar relacionados com o aumento da idade são compreendidos ao abrigo desta perspetiva, pela estratégia de regulação emocional associada com a seleção situacional, e por uma apetência apurada dos idosos em se desviarem do contacto com ambientes que possam trazer experiências adversas à sua vivência (Carstensen, 1995; Charles & Carstensen, 2007).

Numa tentativa de verificar as principais ideias defendidas pela teoria da seletividade socioemocional, Carstensen (1995) reanalisou um subconjunto de dados de uma investigação longitudinal desenvolvida por Jean McFarlane. A amostra deste estudo foi entrevistada quatro vezes na idade adulta quando tinham as seguintes idades: 17 ou 18, 30, 40 e, por fim, aos 50 anos de idade. As variáveis avaliadas foram a frequência de contacto, e a satisfação e intimidade emocional em seis distintos tipos de relacionamentos, tais como: conhecidos, crianças, pais, cônjuges, irmãos e amigos íntimos. Os resultados permitiram demonstrar que a diminuição das relações sociais ao longo tempo ocorre de forma mais marcada no estabelecimento de novos relacionamentos, que segundo a teoria são uma fonte largamente informativa. Porém, a frequência de contacto com pessoas mais íntimas, como cônjuges e filhos, mantiveram-se estáveis ou aumentaram ao longo do ciclo da vida. Numa outra investigação que tinha como objetivo analisar o desenvolvimento das vivências emocionais dos indivíduos ao longo do ciclo da vida, Carstensen e colaboradores (2011) utilizaram uma amostra representativa, que incluía sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 94 anos de idade. Este estudo decorreu no período de uma semana, na qual os participantes tinham de verbalizar os seus estados emocionais cinco vezes por dia, selecionados através de um processo de amostragem aleatória. Cinco e dez anos mais tarde, este procedimento foi novamente realizado, tendo permitido concluir que o envelhecimento está associado a um

bem-estar emocional global mais positivo, a uma maior estabilidade emocional, assim com a uma maior complexidade, evidenciada tanto pela convergência de emoções positivas como negativas.

Contudo, apesar do período da velhice ser o último estágio da vida humana, existem outros fatores que também poderão contribuir para a interpretação do futuro, como uma doença crónica, e quando isso acontece os sujeitos mais novos também apresentam condutas e opções semelhantes às evidenciadas pelos indivíduos mais idosos. Neste sentido, a teoria da seletividade socioemocional é de extrema importância para entendermos as preferências sociais e o comportamento social em todo o ciclo vital. Adequando os ambientes sociais, edificando-os de modo a maximizar o potencial de afeto positivo e minimizando o negativo, os idosos dão preferência às hipóteses que vão reequilibrar o seu ambiente emocional, o que na fase final da vida se revela como sendo o principal objetivo social (Baltes & Carstensen, 1999a).

CAPÍTULO 3 – BEM-ESTAR SUBJETIVO

3. Conceito Bem-estar Subjetivo

Ainda que se considere o conceito bem-estar subjetivo um termo recente, pode-se ponderar que as suas origens remontam ao iluminismo e ao utilitarismo, sendo que este último dá evidência ao prazer e à dor que os sujeitos vivenciam em termos emocionais, mentais e físicos. Ainda assim, é na psicologia empírica atual que o estudo do termo bem-estar surge de modo mais saliente, pois durante a maior parte do século passado esta área científica preocupou-se com a melhoria dos quadros psicopatológicos, desvalorizando as investigações acerca da promoção do bem-estar e do crescimento pessoal. O que nos permite perceber que assim como o afeto positivo não é o contrário de afeto negativo, o bem-estar também não significa a inexistência de patologia mental (Cacioppo & Berntson, 1999; Diener, Oishi & Lucas, 2009; Ryan & Deci, 2001). Todavia, ainda que o conceito bem-estar subjetivo seja um termo recente, este já existe há cerca de 45 anos entre nós, se tivermos em especial atenção as investigações de Wilson (1960, citado por Diener, Suh, Lucas e Smith, 1999), como o marco do aparecimento deste conceito, pois este foi o autor pioneiro no estudo deste constructo como nós o compreendemos hoje. Nos estudos Wilson investigou duas hipóteses acerca do bem-estar subjetivo, onde comparou os conceitos felicidade e satisfação com a vida em duas perspetivas. A *bottom up* ou influências sociais, que defende que a satisfação imediata das necessidades origina felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer provoca infelicidade, e a *top down* ou influências estáveis, que sustenta que o nível de satisfação preciso para originar a felicidade, subordina-se à adaptação e/ou grau de aspiração, que é preponderado pelas vivências passadas, pelas comparações com outros, pelos valores pessoais, assim como por outros indícios (Heller, Watson & Remus, 2004; Schimmack, Diener & Oishi, 2002).

Num contexto em que as necessidades básicas estão determinadas, os indivíduos focalizam-se cada vez mais no modo como podem levar uma vida bem vivida. Vários têm sido os critérios utilizados, tais como amorosos, prazer ou autoperceção. Segundo os investigadores que se dedicam ao estudo do bem-estar subjetivo, um dos fatores cruciais para que isso ocorra é que o sujeito goste da sua vida. Assim, o bem-estar subjetivo refere-se ao facto da vida ir correndo bem, a sentimentos e funções positivas, a saúde e felicidade. Como tal, este é um constructo que possibilita aos sujeitos, grupos e sociedades evoluírem e florescerem (Diener, 2000; Diener, Oishi & Lucas, 2009; Huppert, 2009a). Para Diener (1984) o bem-estar subjetivo inclui uma componente subjetiva que reside nas vivências do sujeito, não envolvendo apenas a ausência de emoções negativas, mas também de medidas

positivas e de uma avaliação global, ao invés de uma avaliação estreita de um domínio da vida. Esta é uma avaliação realizada pelo próprio indivíduo, que inclui uma componente cognitiva (julgamentos de satisfação com a vida), que é mais conhecida como satisfação com a vida e uma outra afetiva (reações emocionais agradáveis e desagradáveis) que se associa com a felicidade. Neste sentido, o bem-estar subjetivo é um termo que engloba a vivência de emoções positivas, baixos níveis de estados negativos e altos níveis de satisfação com a vida. As experiências positivas agregadas ao elevado bem-estar subjetivo é o objeto de estudo da psicologia positiva, pelo facto destas tornarem a vida do indivíduo gratificante (Diener & Diener, 1996; Diener, Oishi & Lucas, 2009; Pavot & Diener, 1993).

Sirgy (2002) define bem-estar subjetivo com um estado afetivo duradouro, que é constituído por três elementos: a experiência armazenada de afeto positivo em domínios da vida evidentes; as vivências acumuladas de afeto negativo em domínios da vida relevantes e a avaliação da satisfação com a vida global em domínios da vida importantes. Diener, Suh e Oishi (1997) identificam três características fulcrais do bem-estar subjetivo enquanto âmbito de investigação. A primeira alude ao facto deste constructo não dar evidência a estados psicológicos desajustados, mas sim apropriados, o que faz com que os investigadores afirmem que diferenças pessoais associadas com os sentimentos de bem-estar são ponderadas como sendo muito importantes, e como tal merecerem uma especial atenção por partes destes. A segunda característica menciona que o bem-estar subjetivo é descrito por meio de vicissitudes internas dos sujeitos, sendo estas vivências quantificadas pelo próprio indivíduo. Por último, a terceira característica reporta-se ao facto dos estudos acerca do bem-estar subjetivo manterem a sua atenção sobre os sentimentos de longa duração, e não apenas nos humores passageiros dos sujeitos. Neste sentido, o ser humano experiencia o bem-estar subjetivo em pleno quando está envolvido em atividades interessantes, quando vive muitos prazeres e algumas dores e quando está satisfeito com a sua vida. Há recursos complementares de uma vida relevante e de saúde mental, mas a área do bem-estar subjetivo dá destaque às avaliações que os sujeitos concretizam das suas próprias vidas (Diener, 2000).

Presentemente, o conceito bem-estar subjetivo criou um espaço solidificado, que se encontra em desenvolvimento e/ou crescimento. A medição constante do termo tem-lhe proporcionado critérios de validade e de fidelidade, e existe unanimidade entre os estudiosos acerca da presença de uma dimensão cognitiva e de uma dimensão afetiva do bem-estar subjetivo – conceptualizados como satisfação com a vida e como felicidade (Sagiv & Schwartz, 2000). Ainda que tenha sido nos últimos tempos que os estudos nesta área tenham

merecido uma maior atenção por parte dos investigadores, Bradburn (1969) já tinha desenvolvido um estudo em que diferenciou o afeto positivo do afeto negativo, referenciando que a felicidade é o ponto de equilíbrio destes dois afetos. A segunda conceção que tem ganho uma maior evidência entre os investigadores dá primazia à satisfação com a vida, como o principal indicador de felicidade dos sujeitos, sendo a satisfação com a vida o fator cognitivo que complementa a felicidade (Ryff & Keyes, 1995). Segundo Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) estes são constructos independentes, mas significativamente correlacionadas. O bem-estar subjetivo é um termo abrangente de factos, que reúne as respostas emocionais dos sujeitos, os domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação com a vida. Cada um destes conceitos deve ser estudado e percebido separadamente, ainda que se relacionem fortemente.

3.1. Felicidade

Alcançar a felicidade é um dos principais objetivos da humanidade, tanto num nível individual como na população em geral. Sendo o termo felicidade um conceito vulgarmente utilizado no discurso diário dos leigos, o estudo científico deste torna-se mais difícil (Veenhoven, 1994). Ainda assim, apesar destas circunstâncias, e também das diversas determinações utilizadas pela literatura científica para a definir, Diener (2006), um dos pioneiros no estudo deste constructo, define felicidade como “um estado positivo geral, uma avaliação global de satisfação com a vida ou levar uma vida bem vivida”.

Os filósofos têm discutido a definição de felicidade ao longo dos vários anos sem terem alcançado nenhuma conclusão, pois este é um conceito que varia abundantemente de teórico para teórico. Para Aristóteles, a concretização do seu potencial era uma componente imprescindível para a sua felicidade, ou *eudaimonia*. Já para Bentham, esta consistia na inexistência de dor e presença de prazer. Segundo perspetivas mais atuais, a felicidade emerge quando se encontram agregados inúmeros fatores vitais concretos, tais como: a autoaceitação, o controlo ambiental e o crescimento pessoal e parentesco (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989; Tarkiewikz, 1976; Veenhoven, 1998; Waterman, 1990). Lyubomirsky, Sheldon e Schkade (2005) descrevem a felicidade tendo em conta a frequência de afeto positivo, elevada satisfação com a vida e baixos níveis de afeto negativo.

Para Lyubomirsky, King e Diener (2005) indivíduos felizes são pessoas que vivenciam consecutivamente emoções positivas, tais como, a alegria, o interesse e o orgulho, e pouco frequentemente, porém não ausente, emoções negativas como a tristeza, a ansiedade e a raiva.

Para autores como Diener (1984), Jahoda (1958) e Taylor e Brown (1988) a capacidade dos indivíduos para serem felizes e contentes com a vida que levam é um fator fulcral de adaptação e de saúde mental positiva. Segundo Lyubomirsky, Sheldon e Schkade (2005) indivíduos felizes aparentam ser pessoas mais afortunadas, tanto no seu estado interno como externo. O que significa que aumentar os níveis de felicidade dos indivíduos coloca-se como uma questão científica adequada, essencialmente após as suas necessidades biológicas e de segurança primárias satisfeitas. Para Baptista (2013) a ciência da felicidade visa que os sujeitos não só se sintam confortáveis, mas que também funcionem de modo adequado e levem uma vida com sentido, uma vez que a felicidade não é apenas função dos sentimentos positivos de prazer e de bem-estar, mas também de um percurso de vida repleto de virtudes, empenho e firmeza. Só assim se consegue alcançar estes objetivos, tal como os seus elementos essenciais.

Nas teorias atuais acerca do conceito felicidade persistem duas tradições filosóficas, que suportam o estudo deste constructo em duas vertentes opostas, mas que se apresentam como sendo essenciais para o equilíbrio do funcionamento do ser humano, são elas a abordagem hedónica e a abordagem eudaimónica. A abordagem hedónica visa o aumento do prazer e a diminuição da dor, e surge quando vivências prazerosas e gratificações sensoriais dominam as vivências dolorosas. Residindo assim a felicidade no prosseguimento bem-sucedido dos desejos humanos e das sensações de prazer. Ao invés, a abordagem eudaimónica resulta da realização do potencial individual e da importância da significação (Ryan & Deci, 2001; Ryff & Singer, 1998). Várias visões da felicidade vão de encontro àquilo que é defendido pela perspectiva eudaimónica. Segundo Waterman (1993, citado por Norrish & Vella-Brodrick, 2008) os níveis de felicidade aumentam quando as atividades da vida quotidiana dos indivíduos vão de encontro aos valores mais enraizados no sujeito, gerando-lhe uma sensação de veracidade e de vivacidade. No mesmo sentido, Ryff e Keyes (1995), identificaram seis aspetos da realização humana, que acreditam que podem contribuir para a felicidade do homem, são eles: a autonomia, o desenvolvimento pessoal, a autoaceitação, o propósito na vida, o domínio contextual e as ligações positivas com aqueles que rodeiam o sujeito. O fator que estabelece um elo de ligação entre a perspectiva eudaimónica e estas visões, é o facto da felicidade não ser um fruto da procura do prazer, mas sim do crescimento de faculdades pessoais e de virtudes.

As teorias do bem-estar subjetivo identificaram abordagens afetivas, cognitivas e a felicidade subjetiva para avaliar o bem-estar emocional e a felicidade dos indivíduos.

Enquanto a abordagem afetiva requer uma avaliação do afeto positivo e negativo ao longo de um determinado período de tempo, acreditando que a componente cognitiva permite fazer o julgamento da qualidade de vida em geral ou da satisfação com a vida, a felicidade subjetiva, baseia-se numa avaliação subjetiva que o sujeito realiza se é feliz ou infeliz. Este constructo espelha uma dimensão do bem-estar abrangente, enquanto fenómeno psicológico (Diener, 1994; Lyubomirsky & Leeper, 1999).

Investigações têm demonstrado que há medida que as pessoas envelhecem tornam-se mais felizes, vivenciando um diminuído afeto negativo e experienciando maiores níveis de afeto positivo e de satisfação com a vida (Carstensen, Pasupathi, Mary & Nesselroade, 2000; Charles, Reynolds & Gatz, 2001; Kuzmann, Little & Smith, 2000). Num estudo desenvolvido por Lacey, Smith e Ubel (2006), onde se comparou a felicidade autorrelatada de adultos mais jovens e adultos mais velhos, com a sua estimativa de felicidade em diversas idades, os resultados confirmam que a felicidade aumenta com a idade, ainda que os dois sujeitos mais jovens e os dois mais idosos acreditassem que a felicidade diminui-se. Vários estudos acerca dos determinantes da felicidade e do bem-estar sugerem uma relação em forma de U, entre a idade e a felicidade, na qual os indivíduos mais jovens e os mais velhos apresentam maiores níveis de felicidade, enquanto os sujeitos que se encontram na faixa etária dos vinte aos sessenta anos, dependendo das investigações, apresentam menores níveis de satisfação (Frijters & Beaton, 2012; Gerdtham & Johannesson, 2001). Blanchflower e Oswald (2008) argumentam que esta curva da felicidade em forma de U no decorrer na vida, por vez é ligeiramente modificada para variáveis, como por exemplo, a educação, a renda, a situação de emprego, o sexo feminino, o estado civil e o facto de ter crianças em casa, apontando que estas não são responsáveis pela maior parte das associações existente entre a idade e a felicidade. No que se refere às diferenças entre géneros, se tomarmos em considerações diversas investigações são diferentes os dados que encontramos. Existem estudos que apontam para a não existência de diferenças entre sexos, ou se existem estes sugerem apenas a presença de ligeiras diferenças, que referem níveis mais elevados de felicidade na população masculina, e níveis de afetividade negativa mais elevados na feminina (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Dolan, Peasgood & White, 2008; Louis & Zhao, 2002). Todavia, existem outras investigações que indicam que é o sexo feminino que apresenta índices mais elevados de felicidade do que masculino. Ainda assim quando analisamos os resultados percebemos que as mulheres apesar de relatarem índices mais elevados de felicidade, estas também são mais deprimidas. Uma explicação apresentada na literatura para este facto é que as mulheres

vivenciam emoções mais intensas, que lhes permitem experienciar níveis mais elevados de felicidade em situações favoráveis e índices de tristeza mais elevados em momento de crise (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Fujita, Diener & Sundvik, 1991).

No que se refere às diferenças, nos níveis de felicidade entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, Godoy-Izquierdo, Moreno, Pérez, Serrano e García (2013), realizaram uma investigação que tinha como principal objetivo estudar a felicidade atual e passada de homens e mulheres, institucionalizados e não institucionalizados com 65 anos de idade e mais velhos. Os resultados obtidos não apresentaram diferenças nos níveis de felicidade entre os participantes, ainda que tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre algumas variáveis psicossociais, tais como: competências pessoais, saúde, bem-estar e qualidade de vida, satisfação de necessidades básicas, atitudes e emoções positivas, entre outras. Num outro estudo realizado por Shyam e Yadev (2006), com o intuito de avaliar e comparar o bem-estar geral dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, verificou-se mais uma vez que não existiam diferenças entre as amostras nas pontuações globais, porém, são os indivíduos institucionalizados que apresentam pontuações mais baixas de depressão e autoestima. Foi ainda encontrada uma investigação com a população idosa institucionalizada, que permite verificar que as atividades realizadas em contexto institucional influenciam os níveis de felicidade destes sujeitos. Uma outra conclusão deste estudo, foi que por mais breve que seja o envolvimento do idoso nessas atividades, estas permitem igualmente melhorar a felicidade dos indivíduos institucionalizados (Moore, Delaney & Dincox, 2007). Existem também investigações que estudam a relação existente entre a felicidade e os anos de escolaridade do sujeito, que mostram existir uma relação positiva entre estas duas variáveis (Sumngern, Azeredo, Subgranon, Sungvorawongphana & Matos, 2010; Diener & Lucas, 1999; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Têm-se verificado um interesse cada vez maior por parte dos investigadores em compreender quais os fatores que estão relacionados com a felicidade. Neste sentido pode-se verificar que na literatura existe uma relação positiva entre a satisfação com a vida e a felicidade e entre o vigor-atividade e a felicidade e uma relação negativa entre a felicidade e tensão-ansiedade, confusão-desorientação, fadiga-inércia e depressão-melancolia. Relativamente à cólera-hostilidade, não foi encontrada uma relação com a felicidade (Gamble & Gärling, 2012). No que se refere à solidão e felicidade, na revisão teórica foi encontrada

uma relação negativa entre estas duas variáveis (Booth, Bartlett & Bohnsack, 1992; Cacioppo, Hawkley, Kalil, Hughes, Waite & Thisted, 2008; Cheng & Furnham, 2002).

3.2. Satisfação Com a Vida

O conceito satisfação com a vida tem sido associado a um conceito mais alargado que é a qualidade de vida (Galinha, 2008). Esta é definida pela Organização Mundial de Saúde (1996) como “a perceção dos indivíduos sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Ainda que a satisfação com a vida e a qualidade de vida apareçam muitas vezes como sinónimos nas revisões teóricas científicas, existe uma particularidade que os distingue, pois a satisfação com a vida alude à dimensão psicológica subjetiva da qualidade de vida, que por seu turno, engloba outras faculdades objetivas, como as condições de vida e as circunstâncias sociais (Galinha, 2008).

Na investigação do bem-estar surgiu a necessidade de desenvolver uma avaliação global da satisfação com a vida. Esta consiste na componente cognitiva do bem-estar subjetivo e foi impulsionada com o desenvolvimento de uma escala geral de satisfação com a vida. Como tal, entre os constructos do bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida tem sido reconhecida como uma avaliação cognitiva e global da qualidade de vida do indivíduo como um todo (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Neste sentido, a satisfação com a vida reporta-se a um julgamento sobre a própria vida, de um modo global, desempenhando um juízo valorativo (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Pavot & Diener, 1993; Pavot & Diener, 2008). Este é um conceito que tem vindo a ser definido por vários autores ao longo dos anos. Shin e Johnson (1978) caracterizam a satisfação com a vida como uma avaliação global da qualidade de vida de um indivíduo segundo os seus critérios selecionados. De acordo com Diener (1984), a satisfação com a vida é um processo de julgamento cognitivo dependente de uma comparação das circunstâncias do próprio com o que este crê ser um comportamento ajustado. Como tal, quanto mais baixa for a diferença entre a perceção das realizações na vida de um indivíduo e o seu padrão de referência, mais elevados irão ser os seus níveis de satisfação com a vida. Uma das características do domínio do bem-estar subjetivo refere-se aos juízos próprios da pessoa e não a convicções do investigador (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).

Julgamentos de satisfação com a vida baseiam-se num conjunto selecionado de informações relevantes que se encontram acessíveis no momento da avaliação da satisfação

com a vida. Estas avaliações baseiam-se assim em informações que englobam a satisfação com a vida em áreas importantes, tal como, o humor e as emoções de um indivíduo, que por vezes são afetados pelo temperamento. Neste sentido, os julgamentos de satisfação com a vida aparentam ser sensíveis a transformações em áreas essenciais da vida de um indivíduo. Contudo, alterações na satisfação com a vida estão consecutivamente associadas a transformações de domínios cronicamente acessíveis, em vez de serem resultados de fatores ambientais aleatórios e transitórios. Uma vez que a satisfação com a vida engloba dados acerca de domínios essenciais da vida do sujeito, esta proporciona um julgamento integrado de como a vida do indivíduo está a correr bem (Schimmank, Diener & Oishi, 2002; Pavot & Diener, 2008).

Ao nível das investigações concretizadas nesta área, estudos realizados por Diener e Suh (1998), permitiram verificar que a satisfação com a vida é uma dimensão bastante estável ao longo da vida do ser humano, ainda que tenha propensão a subir na fase final da vida dos sujeitos. Porém, estudo mais recentes, como o efetuado por Angelini, Cavapozzi, Corazzini e Paccagnella (2012) sugerem a existência de ligeiras oscilações na satisfação com a vida no decorrer do ciclo vital. Em termos de diferenças entre sexos, numa investigação levada a cabo por Shyam e Yadev (2006), o sexo masculino relatou maiores níveis de satisfação com a vida do que o feminino. No que se refere às diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, num estudo empírico realizado por Gueldner, Loeb, Morris, Penrod, Bramlett, Johnston e Schlotzhauer (2001), foram encontradas diferenças entre estes grupos, na medida em que os idosos que se encontravam a viver nas suas próprias habitações apresentam maior satisfação com a vida. Foi ainda encontrado um estudo onde foram comparados homens e mulheres, que se encontravam em situação de institucionalização e de não institucionalização, relativamente aos seus índices de satisfação com a vida, e nesta situação foi concluído que os homens não institucionalizados e as mulheres institucionalizadas apresentavam mais satisfação com a vida do que os homens institucionalizados e as mulheres não institucionalizadas (Shyam & Yadev, 2006).

3.3. Florescimento Humano

Foi com base no modelo de bem-estar psicológico que Keyes (2002), um sociólogo e professor da Universidade de Wisconsin, originou o conceito de florescimento que se estende para além da ausência de perturbações, de mal-estar ou de qualquer outro modo de dor emocional. Florescer caracteriza-se pela presença de sinais positivos de vida, nos quais se

incluem: o hedonismo, que alude ao prazer e à satisfação nos distintos campos da vida, o afeto positivo no último mês e/ou a felicidade e a satisfação com a vida; e os onze indícios de funcionamento positivo, que compreendem: a autoaceitação, a aceitação social, o crescimento pessoal, a atualização social, o significado da vida, a contribuição social, a maestria ambiental, a coerência social, a autonomia, as relações positivas e a integração social. Isto significa que os sujeitos apresentam um funcionamento ótimo, quando gostam de vários domínios da sua vida, quando têm relações interpessoais de confiança e calorosas, quando se vêm a tornar pessoas melhores e com um sentido na vida, quando são capazes de adequar os seus contextos para satisfazer as suas necessidades e têm um nível de autodeterminação. Segundo este modelo, para se perceber se o indivíduo se encontra a florescer, este deve complementar no mínimo dois descritores do critério hedonia e seis ou mais descritores do critério funcionamento positivo. Como tal, do mesmo modo que os transtornos mentais requerem um aglomerado de sintomas que espelham o sofrimento emocional de um indivíduo e influenciam a realização das suas atividades da vida quotidiana, o florescimento humano também se deve fazer exteriorizar por um agregado de sinais indicadores da presença de bem-estar, de felicidade e de desempenho ótimo (Baptista, 2013).

Duas outras abordagens que têm sido aplicadas ao estudo do florescimento humano, são o modelo de bem-estar de Seligman (2011) e o modelo de bem-estar de Huppert (Huppert & So, 2013). No que diz respeito ao modelo de bem-estar proposto por Seligman (2011), este defende que o florescimento pessoal subordinava-se à presença de cinco componentes, sendo eles: as emoções positivas, os relacionamentos, a realização, o envolvimento e o significado. Neste sentido, o florescimento humano é a consequência de uma vida próspera levada pelo indivíduo, acompanhada pelo facto de existirem sensações positivas agradáveis, qualidade nas relações interpessoais estabelecidas, ou do facto do sujeito sentir que está em permanente relação com os outros, experiências de fluxo, isto é, o indivíduo sente-se completamente mergulhado nas experiências em que está envolvido, que lhe proporcionam um estado de realização e de sucesso e que, por conseguinte, aperfeiçoam a sua condição humana. No que se refere ao modelo de bem-estar de Huppert (Huppert & So, 2013), este defende que o florescimento humano deveria ser pensado como o ponto oposto das perturbações mentais que ocorrem com uma maior frequência, como as perturbações de humor ou da ansiedade. Como tal, esta investigadora considerou que os sujeitos que florescem, ou que possuem um elevado índice de bem-estar psicológico para além de se sentir bem, funcionam igualmente de forma eficiente, assim como, tem uma maior apetência para a aprendizagem, operam de um modo

mais produtivo, têm relações sociais superiores e contribuem de um modo bastante significativo para o seu ambiente social. Com base na organização presente da classificação das doenças mentais da Organização Mundial de Saúde, Classificação Internacional das Doenças Mentais, ou da Associação Psiquiátrica Americana, Manual de Diagnóstico e Estatística, Huppert constitui uma definição operacional de florescimento, tendo por base três características fundamentais, que são as emoções positivas, o envolvimento e interesse e o significado e finalidade, e seis características adicionais, onde se inclui a autoestima, o otimismo, a resiliência, a vitalidade, a autodeterminação e as relações positivas (Baptista, 2013).

O florescimento de um sujeito requer a utilização consciente das suas potencialidades humanas individuais, abrangendo os seus talentos, habilidades e virtudes, na procura dos seus valores e objetivos de modo livre e racionalmente escolhidos. Os sujeitos que conseguem florescer não só se sentem libertos de sinais que dão conta da presença de sofrimento emocional e de patologia mental, como são também descritos por serem seres com vitalidade emocional e que vivem de um modo positivo, tanto num nível individual como social (Baptista, 2013; Younkins, 2010). Para Keyes (2007) os sujeitos que florescem para além de se sentirem confortáveis, sentem-se também bem com eles próprios, pelo facto de vivenciarem emoções positivas com maior frequência, evidenciando-se nas suas vidas quotidianas e cooperando de modo construtivo para o contexto que os circunda. Para Fredrickson e Losada (2005), indivíduos que florescem são sujeitos que se encontram dentro de um nível ótimo de funcionamento humano, que conotam igualmente bondade, generatividade, crescimento e resiliência. No que respeita aos indivíduos que não conseguem florescer, de acordo com Keyes (2002), estes acabam por deixar de ter uma saúde mental ótima e sofrem de mais problemas emocionais, psicológicos, sociais, e na sua vida diária.

O florescimento está associado com o facto do sujeito conseguir levar uma vida com finalidade e significado, resultando assim de uma aglutinação entre o sujeito ir se sentido bem e funcionando com eficácia. Neste sentido, o florescimento é sinónimo de um alto nível de bem-estar mental, e por conseguinte de saúde mental (Huppert, 2009b; Keyes, 2002; Ryff & Singer, 1998). Porém, Fredrickson (2006) indica outros elementos que se apresentam como sendo essenciais para fazer emergir o florescimento humano, são eles: o carácter positivo, as cognições e os relacionamentos positivos. Durante vários anos, as investigações e as práticas na área da saúde mental têm-se dedicado ao estudo dos tratamentos de patologias mentais e à sua prevenção, por se acreditar que o bem-estar aumenta quando a doença não persiste.

Porém, vários estudos têm demonstrado que elevados níveis de bem-estar são importantes para o sujeito e para a sociedade, pelo facto dos dados obtidos nestas investigações apontarem que elevados níveis de bem-estar encontram-se fortemente ligados a vários fatores positivos, como: a aprendizagem eficaz, à produtividade e à criatividade, aos bons relacionamentos e aos comportamentos pró-sociais e de boa saúde (Doland, Peasgood & White, 2008; Huppert, 2009b; Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005). De acordo com Baptista (2013) existe um contínuo entre a doença mental, situação acompanhada de um grande sofrimento e tristeza profunda, e o florescimento, nível mais elevado de bem-estar. No meio destas extremidades, numa primeira instância encontramos o estado de definhar, que se define pela ausência de uma saúde mental ótima, que se descreve por uma vida vazia, relacionada com uma deterioração psicológica e social, e num segundo momento, a saúde mental moderada, que se reporta a duas situações que abarcam a maior parte das pessoas. Esta distribuição impõem-se como uma modificação brusca no modo de pensar a vida dos indivíduos, pois deixa-se de ter como principal objetivo realizar um diagnóstico para se poder tratar a patologia, e passa-se a ter como intuito último alcançar um funcionamento ótimo para o maior número de pessoas, ou até proporcionar um melhor funcionamento a indivíduos que já são portadores de um bom nível de bem-estar. Isto permite-nos inferir que somos chamados a atuar sempre que os sujeitos se definham ou têm uma saúde mental moderada, e não apenas quando existe uma patologia mental diagnosticada. Sendo a saúde mental um estado em que os sujeitos são livres, a doença mental significa que estes se encontram num processo de florescimento humano. Ainda que por vezes possa ocorrer florescimento em simultâneo com uma situação de saúde mental, um estado de definhar tanto pode surgir com a presença ou a ausência de saúde mental (Huppert, 2009a; Keyes, 2002; Keyes 2005; Keyes, 2007).

Estudar o florescimento humano apresenta-se como sendo essencial pelos seguintes três motivos: o primeiro refere-se ao facto do bem-estar não ser motivado exclusivamente pela ausência de doença mental, mas também pela presença de um nível máximo de bem-estar; o segundo está relacionado com o facto da presença de saúde mental estar associada com vários pontos positivos para os sujeitos e para a sociedade no seu global; e, por fim, o terceiro reporta-se ao facto da saúde mental ótima apresentar valores muito baixos (Keyes, 2005; Keyes, 2007).

Ao nível dos estudos efetuados na área do florescimento humano, a interação entre as variáveis idade e sexo também têm sido alvo de investigação, e os resultados têm reportado que comparativamente aos adultos mais velhos e mais jovens, os homens idosos apresentam

um número mais baixo de sintomas indicativos de sofrimento psicológico, mas também é na faixa etária onde encontramos valores mais baixos em instrumentos que avaliam o bem-estar psicológico positivo. O sexo feminino, em comparação com outros grupos etários, apresenta pontuações mais elevadas de sofrimento psicológico, e igualmente valores mais baixos de bem-estar positivo. Nas diferenças entre géneros, apesar das investigações apresentadas não incluírem apenas amostras de idosos mas também de adultos, o sexo feminino tem patenteado prevalências consideravelmente mais elevadas de sintomas e/ou diagnósticos de perturbações mentais comumente encontramos, tais como a depressão e a ansiedade, do que os sujeitos do sexo masculino (Huppert, 2009b; Huppert & Whittington, 2003).

CAPÍTULO 4 – IMPORTÂNCIA DOS RELACIONAMENTOS SOCIAIS NO IDOSO

Os seres humanos são seres sociais por natureza. Nos últimos anos, os investigadores têm apontado que os sujeitos influenciam de forma ativa o modo como se procede o seu desenvolvimento e os resultados que dele provêm (Baltes & Carstensen, 1999b; Golden, Conroy, Bruce, Denihan, Greene, Kirby & Lawlor, 2009). Para Lang (2001) o homem é percecionado como o principal indivíduo responsável pela gestão dos seus contextos e recursos sociais que contribuem para o seu envelhecimento positivo. Tendo em conta estes dados, pode-se considerar que os relacionamentos sociais contribuem de dois modos para adaptação dos sujeitos. Por um lado, as relações sociais constituem um fator essencial para os potenciais de ação dos indivíduos e para a sua qualidade de vida. Por outro, são os sujeitos que aparentemente regularizam a qualidade, a estrutura e a função das suas relações sociais, permitindo assim ampliar as suas competências relacionais. Esta regulação das relações sociais está associada com as representações cognitivas de motivação social do sujeito em relação a outros indivíduos.

A presença de contactos sociais significativos impõem-se como sendo um fator protetor para a saúde mental dos indivíduos, uma vez que funcionam como um mecanismo facilitador de tratamento, perante acontecimentos de maior descompensação. No decorrer do período da vida humana, as redes sociais dos sujeitos vão sofrendo transformações, com os ambientes familiares, de vizinhança, os amigos vão partindo e as redes sociais desorganizam-se ou edificam-se, auxiliando ou dificultando a manutenção da população idosa no seio da sociedade (Paúl, 2005). Segundo Cavallero, Morino-Abbele e Bertocci (2007) sujeitos idosos que ainda são movidos pela força de vontade em preservar os relacionamentos sociais com outros sujeitos, encontram-se providos de competências que os auxiliam a lidar com acontecimentos de vida negativos. Estes autores defendem ainda, que são também estes contactos sociais que protegem os indivíduos de idade avançada de riscos psicossociais. No seio dos contactos sociais que os idosos mais privilegiam encontram-se as relações familiares, como os relacionamentos que lhe proporcionam uma maior proteção em situação de maior stress, os contactos sociais com os pares, que são ligações voluntárias que oferecem suporte emocional e permitem aos idosos se sentirem contextualizados com a sociedade e as afinidades estabelecidas com a vizinhança, que são também relacionamentos importantes, pelo facto de satisfazerem as necessidades comunicacionais e reduzirem o risco de alienação social. A rutura de qualquer um destes laços, essenciais ao bem-estar do idoso, pode ser crucial para que se dê o aparecimento de patologias de saúde mental e física. Para além desta questão, pode ainda tornar os idosos mais vulneráveis à solidão ou ao isolamento social

(Holmén & Furukawa, 2002). Por solidão, de acordo com Peplau e Perlman (1982), entende-se um estado aversivo experienciado, que foi originado por uma discrepância entre os relacionamentos interpessoais que o sujeito ambiciona possuir e aqueles que o indivíduo percebe ter presentemente. Por isolamento social segundo Dykstra, Tilburg e Gierveld (2006), entende-se as particulares objetivas de um contexto e refere-se à inexistência de relacionamentos com outros indivíduos.

É de consenso entre investigadores que a qualidade das relações e a participação em atividades sociais são componentes cruciais para a qualidade de vida das pessoas idosas (Mollenkopf, Marcelline, Ruoppila, Flaschenträger, Gagliardi & Spazzafumo, 1997). De acordo com Antonucci (2001) as relações sociais exercem um papel central na saúde e bem-estar dos idosos, mais concretamente, no progresso de um envelhecimento bem-sucedido. Este autor defende ainda que os contactos sociais auxiliam os sujeitos a lidar e/ou ultrapassar os diversos obstáculos da vida quotidiana que estão relacionados com o processo de envelhecimento.

Em termos de dados empíricos, são algumas as investigações (Bowling & Browne, 1991; Mollenkopf et al., 1997) que indiciam que no período da velhice, a quantidade de relações sociais na população idosa diminui progressivamente. Em parte estas modificações ocorridas na rede social associam-se a perdas sociais, como o fenómeno da viuvez e a doenças e/ou mortes de outros elementos do grupo. Para Lang e Carstensen (1994) esta diminuição dos contactos sociais na velhice pode ser interpretada como um modo que os idosos têm para fortalecer os seus vínculos afetivos e otimizar os seus contextos sociais. Outros aspetos que têm sido apontados, é o facto dos seniores terminarem de livre vontade relações sociais com indivíduos com quem não mantêm laços afetivos tão fortes, ou com quem mantêm uma menor proximidade relacional. Para Mollenkopf e colaboradores (1997) as pessoas idosas têm uma maior dificuldade em preservar os relacionamentos sociais pelos seguintes motivos: a evolução dos sistemas familiares e os índices de mortalidade cada vez mais elevados na idade avançada, faz com que os relacionamentos com os familiares e/ou amigos mais próximos diminuam e as relações familiares que tem como suporte os casamentos vão também elas diminuído progressivamente. Dada esta redução nos contactos sociais de referência, que na velhice são mais difíceis de serem colmatados do que em idades mais jovens, faz com que surjam, por vezes, maiores sentimentos de solidão e de isolamento entre a população idosa (Brubaker, 1990).

Existem estudos que apontam que as atividades sociais e físicas encontram-se sistematicamente relacionadas com maior satisfação com a vida, melhores padrões de saúde, menores índices de institucionalização e ciclos de vida mais longos. No que à população idosa se refere, as atividades sociais impõem-se como sendo de extrema relevância pelo facto de lhes permitir manter laços sociais de maior proximidade com a sua família e amigos mais chegados (Sabin, 1993; Steinbach, 1992). Numa investigação desenvolvida por Lang e Carstensen (1994), que tinha como objetivo prever as alterações na estrutura das redes sociais, assim como, perceber o modo como a organização destas podem interferir nos sentimentos de inserção social dos idosos, os dados obtidos permitiram concluir que aqueles que tinham um maior número de relações sociais emocionalmente próximas, apresentavam um maior bem-estar, isto é, menores sentimentos de solidão e maior satisfação social.

Yeung, Kwok & Chung (2012) defende que o apoio social está relacionado com níveis mais baixos de sintomas depressivos, principalmente em sujeito que não têm um suporte familiar ajustado, como os indivíduos que moram sozinhos ou que se encontram institucionalizados em casas de repouso. Outros estudos sugerem que os sujeitos que se encontram em instituições de idosos ao estabelecerem relações sociais dentro deste contexto, conseguem apresentar menos sintomas depressivo, mais emoções positivas, motivação e satisfação com a vida. O que nos permite concluir que este suporte entre pares institucionais possibilita aos indivíduos residentes nestes contextos lutar contra os fatores adversos da deterioração orgânica sobre a saúde mental (Cheng, Lee & Chow, 2010).

Uma quantidade considerável de investigações têm sido realizadas em torno do constructo solidão. No que respeita às diferenças entre géneros, não existe um consenso entre os resultados obtidos, pois se tomarmos em consideração diversas investigações são diferentes os dados que encontramos. Existem estudos em que se constata que são as mulheres que apresentam índices mais elevados de solidão do que os sujeitos do sexo masculino, justificando estes resultados com fatores como a idade avançada, uma maior probabilidade de ficar viúva, a presença de perturbações depressivas, assim como um outro fator que tem sido apontado como contribuidor para estes dados é o facto do sexo masculino ser menos propenso a expressar sentimentos de solidão (Beal, 2006; Holmén, Ericsson, Andersson & Winblad, 1992; Luanaigh & Lawlor, 2008). Porém existem outras, como as efetuadas por Drageset, Kirkevold e Espehaug (2011) e por Dykstra, Tilburg e Gierveld (2006) que sugerem que é na população masculina onde se encontram os maiores níveis de solidão. Foi ainda possível encontrar outros estudos que relatam não se encontrarem diferenças estatisticamente

significativas entre sexos, ou por vezes se estas surgem apresentam-se de um modo ligeiro (Borys & Perlman, 1985; Wheeler, Reis & Nezlek, 1983). No que se refere aos estudos realizados acerca da ida de idosos para lares, este mostram que a institucionalização na terceira idade coloca os sujeitos mais predispostos a experimentar níveis mais elevados de solidão (Drageset, Kirkevold & Espehaug, 2011; Guzman, Maravilla, Maravilla, Marfil, Mariñas & Marquez, 2012). Uma investigação que tinha como principal objetivo identificar diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, permitiu verificar que a depressão se encontra fortemente associada com a solidão em ambas. Porém, na população idosa institucionalizada variáveis sociodemográficas, como o contacto social com o núcleo familiar, amigos e vizinho mostrou ter efeito significativo sobre a solidão nestes, apesar de não ter sido avaliada a qualidade destas relações sociais, e nos idosos que se encontram a habitar nas suas próprias casas ganham destaque variáveis como o género e o estado civil. Neste sentido apesar de se verificarem diferenças entre os sujeitos idosos institucionalizados e não institucionalizados pode-se verificar que as variáveis que exercem influência em ambos os grupos são também elas distintas (Prieto-Flores, Frojaz, Fernandez-Mayoralas, Martinez-Martin & Rojo-Perez, 2011). No que se refere à dimensão apoio social prestado a indivíduos idosos, tanto àqueles que se encontram a residir em suas casa como aqueles que se encontram a viver em instituições, os estudos apontam que em ambas as realidades a falta de contacto e de apoio social, quer seja ele prestado pelo seu contexto familiar e/ou grupo de pares, contribui para o aumento da solidão nesta população em específico (Hicks, 2000; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkälä, 2006).

Finalmente, para Capitanini e Neri (2008) as principais conclusões globais das investigações relacionadas com a integração social e o bem-estar na velhice, são as seguintes: a manutenção de contactos sociais com o cônjuge, os familiares e os grupo de pares da mesma época favorece o bem-estar psicológico e social dos indivíduos; as relações sociais com outros sujeitos da mesma faixa é especialmente importante pelo facto de facilitar a partilha de significados comuns; a qualidade dos contactos sociais são vistos como sendo mais importantes que a quantidade dos mesmos, para a satisfação com a vida, com as relações sociais e com a saúde física e mental; os relacionamentos sociais entre mulheres são qualitativamente superiores aos dos homens, dado estas terem maiores competências interpessoais, são mais gregárias e capazes de estabelecer relações de intimidade; independentemente da faixa etária o sexo feminino mantém um maior número de contactos sociais, assim como, também são as mulheres que ficam mais afetadas pela insatisfação com

os elementos de um grupo; e as vivências prévias de interações sociais também são fundamentais para determinar a quantidade e a qualidade das relações sociais mantidas pelos idosos.

CAPÍTULO 5 – CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

5.1. Objetivo e Hipóteses

O objetivo geral desta investigação é identificar os fatores que contribuem para a felicidade na população idosa. Para além deste objetivo analisamos variáveis como o costumar passear, os anos de escolaridade e a idade em função do sexo e da institucionalização, assim como verificamos o efeito do sexo e da institucionalização no bem-estar subjetivo, estados de humor e solidão no idoso. Como hipóteses de estudo (1) prevê-se que não existissem diferenças estatisticamente significativas entre sexos, nem entre institucionalizados e não institucionalizados nos níveis de felicidade, mas que os não institucionalizados e os homens apresentem maiores níveis de satisfação com a vida e as mulheres menor florescimento; (2) prevê-se que as mulheres e os idosos institucionalizados apresentem um maior desajustamento emocional e que sejam os homens a sentirem níveis mais altos de solidão e (3) prevê-se que são mais felizes os idosos que têm menos solidão, maior ajustamento emocional e mais satisfação com a vida.

5.2. Caracterização da Amostra

A amostra utilizada na presente investigação foi uma amostra de conveniência, composta por um total de 122 participantes, todos eles caucasianos. Desses indivíduos 61 estavam institucionalizados e outros 61 não institucionalizados, em que 45 são do sexo masculino e 77 do sexo feminino. Destes sujeitos do sexo masculino 37.8% (n=17) encontravam-se em situação de institucionalização e 62.2% (n=28) de não institucionalização e do sexo feminino 57.1% estavam em situação de lar (n=44) e 42.9% a residir em suas casas (n=33). Foi assim encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o sexo e o facto dos idosos se encontrarem ou não institucionalizados ($X^2(1) = 4.260$, $p = .030$), na medida em que existe um menor número de homens em situação de não institucionalização, do que de mulheres. Em termos de idades, esta era uma amostra com idades a partir dos 65 anos, apresentando as mulheres uma média de idade de 78.6 anos (DP=7.90) e os homens de 76.4 anos (DP=6.93). Relativamente ao estado civil, entre a amostra feminina 6.5% são solteiras (n=5), 35.1% são casadas ou em união de facto (n=27), 2.6% são divorciadas ou separadas (n=2) e 55.8% são viúvas (n=43) e na população masculina 13.3% são solteiros (n=6), 48.9% são casados ou em união de facto (n=22), 2.2% são divorciados ou separados (n=1) e 35.6% são viúvos (n=16). Em relação à religião, na população feminina 88.9% são católicas (n=40), 8.9% não têm religião (n=4) e 2.2% são adventistas (n=1) e na amostra masculina 96.1% são católicos (n=74), 2.6% adventistas (n=2) e 1.3% não têm religião (n=1).

Em termos da variável tem filhos, 92.2% da população feminina tem filhos (n=71) e 7.8% não tem filhos (n=6), o que corresponde a uma média de número de filhos de 1.65 (DP=1.06), e na população masculina 84.4% tem filhos (n=38) e 15.6% não tem (n=7), o que equivale a uma média de número de filhos de 1.84 (DP=1.28). No que se refere aos anos de escolaridade o sexo feminino apresenta uma média de 4.66 (DP=3.91) e o sexo masculino de 5.04 (DP=4.12).

Tabela 1 – Características Demográficas da Amostra

Sexo						
		Masculino (N=45)		Feminino (N=77)		χ^2
		N	%	N	%	
Lar						4.260*
Sim		17	37.8	44	57.1	
Não		28	62.2	33	42.9	
Estado Civil						5.259 ^{ns}
Solteiro(a)		6	13.3	5	6.5	
Casado(a) / União de Facto		22	48.9	27	35.1	
Divorciado(a) / Separado(a)		1	2.2	2	2.6	
Viúvo(a)		16	35.6	43	55.8	
Religião						7.031 ^{ns}
Católica		40	88.9	74	96.1	
Adventista		1	2.2	2	2.6	
Sem Religião		4	8.9	1	1.3	
Tem filhos						1.798 ^{ns}
Sim		38	84.4	71	92.2	
Não		7	15.6	6	7.8	

* $p \leq .05$

Tabela 1 – Características Demográficas da Amostra (Cont.)

	Masculino (N=45)		Feminino (N=77)		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
Idade	76.40	6.93	78.60	7.90	-1.558	.112 ^{ns}
Anos de Escolaridade	5.04	4.12	4.66	3.91	.504	.615 ^{ns}
Número de Filhos	1.84	1.28	1.65	1.06	.908	.366 ^{ns}

No caso dos participantes institucionalizados foi analisada a frequência com que recebem visitas, a regularidade destas e quem os visita. Encontrando-se os dados obtidos apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Características da Amostra Institucionalizada

	N	%
Recebe Visita		
Sim	57	46.7
Não	3	2.5
Quem Visita		
Filhos	45	36.9
Outros Familiares	12	9.8
Vizinho(a) / Amigos	1	.8
	M	DP
Número de Visitas por mês	1.50	1.77

5.3. Medidas

5.3.1. Informação Demográfica

Este é um questionário que tem como objetivo a recolha de informação sobre: o sexo, o estado civil, a idade, a profissão e o seu estatuto profissional, os anos de escolaridade e o curso, a religião, a etnia, se tens filhos, e se sim quantos, saber se está num lar, e se sim de quem foi a iniciativa de internamento, há quanto tempo se sucedeu este, assim como, saber se recebe visitas, e se sim de quem e qual a regularidade destas por mês. No caso do sujeito não

se encontrar institucionalizado, recolhe-se informação sobre com quem vive. Para finalizar esta recolha de dados, os indivíduos terão que responder se costumam sair para passear, e se sim como quem e a sua frequência.

5.3.2. Termómetro da Felicidade

Para avaliar a felicidade atual e a felicidade no último mês, utilizámos o Termómetro da Felicidade. Este é um instrumento que avalia factos, mais concretamente o tipo de emoções e sentimentos que estes causam nos indivíduos, quer eles sejam positivos ou negativos, tal como a sua intensidade numa graduação de 0 a 10. Sendo que o 0 corresponde a nada feliz, o 5 a um ponto neutro e o 10 a muito feliz (Baptista, 2013).

5.3.3. Escala de Satisfação Com a Vida (ESV)

Para avaliar a satisfação com a vida, foi utilizada a Escala de Satisfação Com a Vida (ESV), desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985). Esta é uma medida composta por cinco itens, numa escala de resposta tipo Lickert de 7 pontos, que varia entre 1 (Discordo Totalmente) a 7 (Concordo Totalmente). O que significa que a pontuação de um sujeito neste instrumento pode variar entre 5 (Baixa Satisfação) a 35 (Alta Satisfação) pontos.

No que diz respeito às qualidades psicométricas, a Escala de Satisfação Com a Vida é uma medida que apresenta uma forte consistência interna e uma estabilidade temporal moderada, tendo Diener e colaboradores (1985) relatado um coeficiente alfa de .87 e no teste-reteste, com um intervalo de dois meses entre a primeira e a segunda aplicação, um coeficiente de estabilidade de .82 e uma correlação de .54 num intervalo de quatro anos (Pavot & Diener, 1993). Para determinar a estrutura fatorial desta medida, Diener e seus colaboradores (1985) analisaram um dos mais importantes eixos de análise fatorial sobre esta medida, a partir da qual determinaram a presença de um único fator, apresentado 66% de variância desta escala (Pavot & Diener, 1993). No que concerne à validade, esta é uma medida que tem demonstrado evidências de validade de constructo (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991) e de validade discriminante (Pavot & Diener, 1993).

5.3.4. Escala de Florescimento (EF)

A escala de florescimento desenvolvida por Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, Choi, Oishi e Biswas-Diener (2010) é uma medida utilizada para medir o bem-estar psicológico, de

modo a avaliar os principais aspetos desta dimensão. Esta é uma escala breve de oito itens, que enumeram vários aspetos relevantes acerca do funcionamento humano, que se desdobram desde dos relacionamentos positivos, a sentimentos de competência e/ou significado e propósito na vida, ou seja, é uma escala que apela à autoperceção do avaliado para áreas importantes da sua vida. Os itens nesta escala são formulados num sentido positivo, com uma escala de resposta tipo Lickert de 7 pontos, que varia de 1 (Discordo Fortemente) a 7 (Concordo Fortemente). A pontuação de um sujeito pode variar entre 8 (Discordo Fortemente) e 56 (Concordo Fortemente) pontos, sendo que cotações mais elevadas significam que os sujeitos percecionam de forma positiva áreas importantes do funcionamento humano, e que são indivíduos que têm muitos recursos psicológicos e pontos fortes. No entanto, ainda que esta medida não nos forneça uma visão individual das dimensões do bem-estar, esta permite-nos ter uma perceção geral do funcionamento positivo do sujeito.

Em termos de qualidades psicométricas esta é uma escala com bom um alfa cronbach de .87 e uma estabilidade temporal moderadamente alta de .71. Uma análise fatorial de componentes principais, demonstrou a existência de um forte fator, com um valor próprio de 4.24, o que representa 53% de variância nos itens e com cargas factoriais que variaram entre .61 e .77. Em termos da validade, esta é uma medida que tem demonstrado evidências da presença de uma boa validade convergente (Diener et al., 2010).

5.3.5. Escala de Felicidade Subjetiva (EFS)

Para avaliar a felicidade subjetiva, foi utilizada a Escala de Felicidade Subjetiva, construída por Lyubomirsky e Lepper (1999). Esta é uma medida composta por quatro itens, com uma escala de resposta tipo Lickert de 7 pontos, que varia de 1 (Nada) a 7 (Muitíssimo). O que significa que a pontuação de um indivíduo nesta medida por variar de 4 a 28 pontos, significando a cotação mais alta elevados níveis de felicidade.

As propriedades psicométricas desta escala foram obtidas através de catorze amostras, recolhidas em diferentes horários e locais. Os resultados obtidos indicam que esta é uma medida com boas qualidades psicométricas, apresentado uma favorável a ótima consistência interna, que variou entre .79 e .94, ou seja, com uma média de .86 de consistência. Uma análise dos principais componentes efetuada, individualmente, às várias amostras, demonstrou que esta é uma escala unifactorial. No que se refere à confiabilidade teste-reteste, esta é uma medida que tem uma boa estabilidade temporal, uma vez que na investigação realizada a periodicidade entre sessões alterou de três semanas a um ano, e ainda

assim os valores obtidos situaram-se entre .55 e .90, resultando numa média do coeficiente de estabilidade temporal de .72. Relativamente à validade, existem evidências da presença de validade discriminante e de constructo, estando fortemente correlacionada com instrumentos que avaliam a felicidade e moderada com dimensões teóricas e empiricamente relacionadas com a felicidade e o bem-estar, como a autoestima, o otimismo, a emocionalidade positiva e a emocionalidade negativa (Lyubomirsky & Lepper, 1999).

5.3.6. Perfil de Estados de Humor (PEH)

Para avaliar os estados de humor, tal como as variações que lhe estão associadas foi utilizado o Perfil de Estados de Humor (POMS), da autoria de McNair, Lorr e Droppleman (1992). Este é um instrumento constituído por um total de sessenta e cinco adjetivos, com uma escala de resposta de tipo Lickert de 5 pontos que varia de 0 (De Maneira Nenhuma) a 4 (Muitíssimo). Estes itens encontram-se organizados em seis dimensões que constituem este perfil, são elas: a Tensão-Ansiedade, que é composta por adjetivos que representam agravamentos de tensão músculo-esquelética e preocupação como tenso, trémulo, enervado, aterrorizado, descontraído, resmungão, agitado, nervoso e ansioso; a Depressão-Melancolia, que se caracteriza por um estado emocional de desânimo, tristeza, infelicidade e solidão, e é constituída pelos seguintes adjetivos: infeliz, desgostoso com coisas que aconteceram, triste, neura, sem esperança, indigno, desanimado, só, desgraçado, pessimista, desesperado, desamparado, inútil, assustado e culpado; a Cólera-Hostilidade, que se designa por um estado de humor de cólera e de antipatia dirigidos a outros sujeitos, e é formada por adjetivos como: irado, irritado, rabugento, rancoroso, chateado, ressentido, amargurado, disposto a lutar, revoltado, desiludido, furioso e mau humor; o Vigor-Atividade, que se associa a um estado de energia e vigor físico e psicológico, compondo-se pelos subsequentes adjetivos: animado, ativo, cheio de força, alegre, desperto, despreocupado, cheio de vida e vigoroso; a Fadiga-Inércia que está associada a um estado de cansaço, inércia e baixa energia, e é constituída por adjetivos como: esgotado, desatento, fatigado, exausto, indolente, saturado e desorientado; e, por fim, a Confusão-Desorientação, que se qualifica por um estado de confusão e baixa lucidez, fazendo-se este representar pelos seguintes adjetivos: baralhado, incapaz de concentrar, desnorteado, espantado, eficiente, esquecido e hesitante. A pontuação total é obtida através da soma dos itens que constituem cada dimensão, tendo os itens 22 e 54 de ser invertidos (McNair, Lorr & Droppleman, 1992).

Em termos de qualidades psicométricas este é um perfil com uma boa consistência interna, apresentando um coeficiente alfa perto ou acima de .90 e uma confiabilidade teste-reteste extraordinariamente congruente para os diferentes pacientes, pelos diferentes períodos de avaliação, e para as escalas de 4 e 5 pontos. No que se refere à validade, esta é um instrumento que evidencia validade de constructo, apresentando correlações moderadas a altas com medidas de sintomas (McNair, Loo & Droppleman, 1992).

5.3.7. Escala de Solidão da UCLA (UCLA)

A solidão foi avaliada pela Escala de Solidão da UCLA desenvolvida por Russel (1996). Este é um instrumento composto por vinte itens, com uma escala de resposta tipo Lickert de 4 pontos, que varia entre 1 (Nunca) e 4 (Sempre). O que significa que a pontuação mínima possível é 20 e a máxima é 80, sendo esta última indicativa de maiores níveis de solidão. A pontuação total é obtida através da soma de todos os itens, tendo os itens 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 e 20 de ser formulados de forma inversa. Esta versão da UCLA surgiu como meio para tentar resolver os problemas que as versões anteriores apresentavam em outras populações, que não os estudantes universitários, e pelo facto de todos os itens serem descritos num sentido negativo, o que poderia fazer com que as pontuações obtidas fossem enviesadas, por desvios repetitivos na resposta. Assim, como solução a esta última limitação, esta nova versão propõe a inversão do conteúdo dos itens, o que resultou em nove itens formulados de forma positiva e onze itens formulados de modo negativo, para além, de no começo de todos os itens se ter acrescentado o comunicado “Quantas vezes se sente...”, com o intuito de facilitar a administração da medida (Russel, 1996).

No que se refere às qualidades psicométricas esta é uma medida com uma alta consistência interna, apresentando um coeficiente alfa que varia entre .89 e .94, sendo que no que respeita a amostra idosa, esta medida foi administrada novamente, passado um 1 ano, apresentando um coeficiente de estabilidade de .73, o que foi bastante significativo, tendo em consideração as edições anteriores. Em termos de validade, no que concerne à validade convergente, esta é uma medida que apresenta uma correlação significativa com outras medidas de solidão. Já no que se refere à validade de constructo, esta é sustentada por uma significativa associação com as medidas de adequação do relacionamento interpessoal do sujeito e correlações entre medidas de solidão e de saúde e bem-estar. No que respeita à estrutura de fator, esta é uma escala, que pelas análises fatoriais confirmatórias concretizadas,

demonstra ser unidimensional, pois de um modo geral todos os itens foram encontrados para se associar de um modo significativo a um fator global de solidão bipolar (Russel, 1996).

5.4. Procedimento

Para a concretização da presente investigação, precedeu-se à escolha dos instrumentos que iriam ser utilizados nesta, sendo eles o termómetro da felicidade; a escala de satisfação com a vida; a escala de florescimento; a escala de felicidade subjetiva; o perfil de estados de humor e a escala de solidão da UCLA. Posteriormente, seguiu-se a elaboração de um protocolo de investigação, assim como, dos consentimentos informados para entregar nas respetivas instituições, em que a amostra de idosos institucionalizados iria ser recolhida, acompanhados por um exemplar das provas a serem utilizadas. Sendo a resposta, por parte destes organismos, positiva iniciou-se a recolha da amostra de conveniência, tanto em institucionalizados como em não institucionalizados, tendo estes últimos sido contactados pessoalmente nas suas casas particulares.

A todos os participantes foi aplicado o protocolo de investigação de forma individual e em condições que permitem-se resguardar a confidencialidade dos mesmos, assim como, os instrumentos foram lidos e preenchidos pela investigadora. Para além de todas estas questões, os sujeitos tiveram ainda acesso a uma instrução que lhes explicava quais eram os objetivos do estudo que estava a ser concretizado, assim como, também lhes foi explicado, que não existiam respostas certas ou erradas e que as mesmas eram anónimas e confidenciais, servindo os resultados desta investigação, única e exclusivamente, para tratamento estatístico, não existindo qualquer tipo de associação aos indivíduos. Contudo, a recolha da amostra decorreu entre os meses de novembro a fevereiro de 2013/2014 e cada protocolo demorou, em média, cerca de 40 minutos a ser preenchido. Para a análise estatística foi criada uma base de dados no IBM SPSS *Statistics* 22, tendo sido efetuados todos os procedimentos estatísticos necessários neste programa.

CAPÍTULO 6 – RESULTADOS

6.1. Diferenças entre o Sexo e a Institucionalização para Informações Demográficas

Foi realizado um teste Qui-quadrado para avaliar o grau de associação entre as variáveis Sexo e Costuma Passear e entre a Institucionalização e o Costuma Passear. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3 – Diferenças entre o Sexo e a Institucionalização para Informações Demográficas

Sexo					χ^2
	Masculino (N=45)		Feminino (N=77)		
	N	%	N	%	
Costuma Passear					1.784 ^{ns}
Sim	37	40.2	55	59.8	
Não	8	26.7	22	73.3	
Institucionalização					χ^2
	Sim (N=61)		Não (N=61)		
	N	%	N	%	
Costuma Passear					14.322***
Sim	37	40.2	55	59.8	
Não	8	26.7	22	73.3	

*** $p \leq .001$

Após a observação dos dados pode-se verificar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o Sexo e Costuma Passear ($X^2(1) = 1.784$, $p = .131$), o que nos permite inferir que não há uma distinção entre quem passeia mais, se os participantes do sexo feminino ou masculino. Relativamente à Institucionalização e Costuma Passear os resultados apresentados demonstram existirem diferenças estatisticamente significativas, o que nos indica existir uma associação entre estas variáveis ($X^2(1) = 14.322$, $p = .000$). Constatando-se que os participantes não institucionalizados costumam passear mais do que os que se encontram a residir em instituições.

6.2. Idade e Anos de Escolaridade em Função da Institucionalização e do Sexo

Foi feita uma Análise Multivariada da Variância MANOVA, para verificar o efeito da Institucionalização e do Sexo para as variáveis Idade e Anos de Escolaridade. Encontrando-se os resultados obtidos na Tabela 4.

Foi encontrado um efeito estatisticamente significativo para a Institucionalização ($F(1) = 13.000, p = .000$), mas não para o Sexo ($F(1) = .624, p = .537$), assim como não foi encontrada uma interação entre a Institucionalização e o Sexo ($F(1) = 1.310, p = .274$).

Em relação às estatísticas univariadas, estas indicam que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a idade ($F(1) = 25.329, p = .000$), mostrando os resultados que os sujeitos que se encontram institucionalizados apresentam idades mais avançadas do que os não institucionalizados.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para os anos de escolaridade ($F(1) = 1.267, p = .263$).

Tabela 4 – Idade e Anos de Escolaridade em Função da Institucionalização e do Sexo

	Institucionalização								F _{Institucionalização}	F _{Sexo}	F _{InstitucionalizaçãoxSexo}
	Sim				Não						
	Sexo				Sexo						
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Idade	79.29	7.35	82.18	7.01	74.64	6.15	73.85	6.43	25.329***	.658	2.037
Anos de Escolaridade	5.94	4.64	4.80	4.43	4.50	3.75	4.48	3.40	1.267	.556	.528

*** $p \leq .001$.

6.3. Bem-estar Subjetivo, Estados de Humor e Solidão em função da Institucionalização e do Sexo

Foi feita uma Análise Multivariada da Variância MANOVA, para verificar o efeito da Institucionalização e do Sexo para as variáveis Bem-estar Subjetivo, Estados de Humor e Solidão. Encontrando-se os resultados obtidos na Tabela 5.

Não foi encontrado um efeito estatisticamente significativo para o Sexo ($F(1) = 1.187, p = .304$), mas para a Institucionalização ($F(1) = 6.313, p = .000$). Assim como não foi encontrada uma interação entre o Sexo e a Institucionalização ($F(1) = 1.039, p = .417$).

Em relação às estatísticas univariadas, estas indicam que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a Satisfação Com a Vida ($F(1) = 6.916, p = .010$), o Florescimento ($F(1) = 7.687, p = .006$), a Felicidade Subjetiva ($F(1) = 7.874, p = .006$), na dimensão Tensão-Ansiedade ($F(1) = 4.265, p = .041$), na dimensão Cólera-Hostilidade ($F(1) = 12.463, p = .001$), na dimensão Vigor-Atividade ($F(1) = 10.996, p = .001$), na dimensão Confusão-Desorientação ($F(1) = 4.567, p = .035$) e na Solidão ($F(1) = 7.621, p = .007$).

Os resultados demonstram que a amostra de idosos não institucionalizados apresenta maiores níveis de Satisfação Com a Vida, Felicidade Subjetiva, Cólera-Hostilidade, Vigor-Atividade, Confusão-Desorientação, assim como, um maior Florescimento e a de institucionalizados índices mais elevados de Tensão-Ansiedade e de Solidão.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na Felicidade Último Mês ($F(1) = .292, p = .590$), na dimensão Depressão-Melancolia ($F(1) = .517, p = .474$) e na dimensão Fadiga-Inércia ($F(1) = 1.400, p = .239$).

Tabela 5 –Bem-estar Subjetivo, Estados de Humor e Solidão em Função da Institucionalização e do Sexo

	Institucionalização										
	Sim				Não						
	Sexo				Sexo						
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F _{Institucionalização}	F _{Sexo}	F _{InstitucionalizaçãoxSexo}
Felicidade Último Mês	6.76	1.79	7.09	2.51	7.36	1.45	6.94	2.19	.292	.013	.830
Satisfação com a Vida	22.88	5.81	21.86	6.02	26.17	5.03	24.27	5.54	6.916**	1.817	.167
Florescimento	36.29	4.75	35.77	6.24	38.96	6.05	38.93	4.02	7.687**	.067	.056
Felicidade Subjetiva	17.88	3.18	16.09	4.20	18.64	3.44	19.33	3.47	7.874**	.596	3.027
Tensão-Ansiedade	12.88	8.23	13.84	6.04	10.10	6.46	11.48	6.01	4.265*	.884	.028
Depressão-Melancolia	11.47	7.54	9.47	6.91	11.10	9.07	12.03	8.35	.517	.123	.917
Cólera-Hostilidade	4.47	5.08	4.18	4.08	8.82	8.90	9.24	8.69	12.463***	.002	.071
Vigor-Atividade	15.52	4.72	14.61	5.44	19.25	6.55	17.54	3.68	10.996***	1.706	.155
Fadiga-Inércia	5.35	3.97	6.27	4.44	6.14	4.81	7.57	4.92	1.400	1.769	.084
Confusão-Desorientação	5.88	4.51	5.06	3.11	7.03	4.61	7.27	4.54	4.567*	.135	.448
Solidão	42.82	9.34	39.50	6.98	37.07	7.96	37.39	6.32	7.621**	1.111	1.641

*p≤ .05; **≤ .01; *** p ≤ .001.

6.4. Predição da Felicidade

Foi feita uma análise de regressão linear pelo método Stepwise com o objetivo de avaliar as variáveis preditoras da Felicidade. Como variável dependente temos a Felicidade e como variáveis independentes o Sexo, a Institucionalização, a Satisfação Com a Vida, o Florescimento, a Felicidade Subjetiva, a Tensão-Ansiedade, a Depressão-Melancolia, a Cólera-Hostilidade, o Vigor-Atividade, a Fadiga-Inércia, a Confusão-Desorientação e a Solidão. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6 – Predição da Felicidade

Variável Dependente	Variáveis Independentes	R ²	R ² ajust.	β	t
Felicidade	Satisfação Com a Vida	.270	.264	.349	4.305***
	Depressão-Melancolia	.351	.340	-.267	-3.399***
	Vigor-Atividade	.384	.368	.200	2.520*
Variância Explicada			.368%		

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

Como exposto na Tabela 6, para a variável de critério Felicidade, o modelo de regressão $F(3, 118) = 24.497$, $p = .001$, $R^2 = .368$ permitiu identificar as seguintes variáveis preditoras significativas: a Satisfação Com a Vida que explica cerca de 26.4% da sua variância ($\beta = .349$, $p = .000$), a Depressão-Melancolia que explica cerca de 7.6% da sua variância ($\beta = -.267$, $p = .000$) e o Vigor-Atividade que explica cerca de 2.8% da sua variância ($\beta = .200$, $p = .013$).

Assim verifica-se que 36.8% da variância da Felicidade em idosos pode ser explicada por elevados níveis de Satisfação com a Vida e de Vigor-Atividade e baixos índices de Depressão-Melancolia.

CAPÍTULO 7 – DISCUSSÃO

O objetivo geral desta investigação foi identificar os fatores que contribuem para a felicidade na população idosa. Para além deste objetivo analisamos variáveis como o costumar passear, os anos de escolaridade e a idade em função do sexo e da institucionalização e verificamos o efeito do sexo e da institucionalização no bem-estar subjetivo, estados de humor e solidão no idoso. Para alcançar os objetivos pretendidos neste trabalho, foram colocadas três hipóteses de estudo.

Na primeira hipótese previa-se que não existissem diferenças estatisticamente significativas entre sexos, nem entre institucionalizados e não institucionalizados nos níveis de felicidade, mas que os não institucionalizados e os homens apresentassem maiores níveis de satisfação com a vida e as mulheres menor florescimento. Os resultados obtidos no presente estudo mostram não existir um efeito estatisticamente significativo para o sexo ao nível da felicidade, confirmando-se parcialmente a hipótese e estando de acordo com os estudos prévios (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Louis & Zhao, 2002; Dolan, Peasgood & White, 2008), assim como também mostram não existirem diferenças entre sexos para a satisfação com a vida e o florescimento, infirmo esta parte da hipótese, uma vez que se esperava que os homens apresentassem maiores níveis de satisfação com a vida e as mulheres menor florescimento humano, tendo os estudos encontrados indicado neste sentido (Shyam & Yadev, 2006; Huppert, 2009b; Huppert & Whittington, 2003). Porém relativamente à satisfação com a vida existem outros estudos que também mostram não existirem diferenças estatisticamente significativas entre géneros para este constructo (Borys & Perlman, 1985; Eshkoor, Hamid, Nudin & Mun, 2014; Hollis, 1998; Wheeler, Reis & Nezlek, 1983). No que se refere às diferenças entre os resultados esperados e os obtidos para o florescimento, pode dever-se ao facto dos estudos não serem exclusivamente realizados com a população idosa e a idade poder atenuar as diferenças entre géneros (Huppert, 2009b; Huppert & Whittington, 2003).

Não foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre institucionalizados e não institucionalizados na felicidade e foram os idosos não institucionalizados que apresentaram maiores níveis de satisfação com a vida confirmando esta parte da hipótese e estando de acordo com outros autores (Godoy-Izquierdo et al., 2013; Shyam & Yadev, 2006; Gueldner, Loeb, Morris, Penrid, Bramlett & Johnston, 2001), contudo os idosos não institucionalizados apresentaram maiores níveis de felicidade subjetiva, assim como, um maior florescimento. Estes dados talvez se possam justificar por, na maioria das vezes, a estadia de idosos em instituições de longa permanência, como é o caso de lares e/ou

casas de repouso, está mais uma vez relacionada com uma diminuição nas atividades e nos relacionamentos sociais, havendo menor contacto com a família, o que pode ter influência no florescimento e na felicidade subjetiva dos séniores, pois de acordo com Delaney, Dincox e Moore (2007) as atividades realizadas em contexto institucional exercem influência nos níveis de felicidade dos sujeitos por mais breve que seja a sua participação. Como tal, a ausência destas poderá levar à detioração destas dimensões nos idosos institucionalizados. Matsubayashi e colaboradores (1992) referem também existir uma correlação entre a felicidade subjetiva em idosos e as condições físicas e as funções neurocomportamentais. Assim, uma vez que os idosos são institucionalizados mais frequentemente quando existe maior detioração física, é compreensível que sejam os não institucionalizados a apresentarem maiores níveis de felicidade subjetiva.

Na segunda hipótese era esperado que as mulheres e os idosos institucionalizados apresentassem um maior desajustamento emocional e que fossem os homens a sentir níveis mais altos de solidão. Todavia, os resultados mostraram não haver efeito do sexo no desajustamento emocional e na solidão, infirmando a hipótese e contrariando a literatura que refere que as mulheres apresentam mais desajustamento emocional (McNair, Lorr & Droppleman, 1992) e que os homens apresentam mais solidão (Drageset, Kirkevold & Espehaug, 2011; Dykstra, Tilburg & Gierveld, 2006; Shyam & Yadev, 2006), mas existem outros estudos que também mostram não haver diferenças entre institucionalizados e não institucionalizados na solidão (Guzman, Maravilla, Maravilla, Marfil, Mariñas & Marquez, 2012; Drageset, Kirkevold & Espehaug, 2011) e que não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros para a solidão (Borys & Perlman, 1985; Wheeler, Reis & Nezlek, 1983). As diferenças entre os resultados esperados e os obtidos pode mais uma vez dever-se ao facto da idade poder atenuar as diferenças entre sexos, uma vez que existem estudos, relativamente aos estados de humor que referem que os idosos habitualmente obtêm pontuações um pouco mais baixas (McNair, Lorr & Droppleman, 1992). É ainda de acrescentar que é possível que nesta fase do ciclo de vida os objetivos e as expectativas se aproximem entre géneros, fazendo com que também este facto possa atenuar as diferenças nos níveis de estados de humor e de solidão, uma vez que segundo a teoria da seletividade socioemocional os idosos à medida que envelhecem dirigem os seus esforços para objetivos emocionais significativos, preocupando-se mais com as relações íntimas do que com outro tipo de objetivos mais diferenciados que existem na adultícia (Carstensen, Fung & Charles, 2003).

Ainda na segunda hipótese previa-se que os sujeitos não institucionalizados apresentassem valores mais elevados de ajustamento emocional. Os resultados obtidos na presente investigação mostram existir um efeito estatisticamente significativo para a institucionalização, tal como referido por outros autores, sendo na amostra de idosos não institucionalizados que se encontram níveis superiores de vigor-atividade, (Gueldner et al., 2001); na amostra de idosos institucionalizados que se encontram níveis superiores de tensão-ansiedade e de solidão (Gueldner et al., 2001; Drageset, Kirkevold & Espehaug, 2011; Guzman, Maravilla, Maravilla, Marfil, Marinãs & Marquez, 2012), não existindo, contudo diferenças para a fadiga-inércia (Gueldner et al., 2001), confirmando-se na sua generalidade o colocado como hipótese.

Contudo, os resultados mostram também, infirmando a restante hipótese, que os participantes não institucionalizados apresentam mais confusão-desorientação e mais cólera-hostilidade, mas que não há diferenças ao nível da depressão-melancolia. Relativamente à confusão-desorientação ser superior nos idosos não institucionalizados talvez se possa dever a que estes se encontrem mais desacompanhados do que os que estão em instituições onde há uma maior atenção às necessidades dos idosos, à toma de medicamentos, cumprimentos de horários, entre outras atividades. No que se refere à cólera-hostilidade, é também possível que possa ser superior devido ao facto dos idosos que se encontram a residir nas suas próprias casas, muitas das vezes também sentirem um distanciamento relativo à sua família, passando muito tempo sozinhos. Um dos autores que sustenta o anteriormente mencionado é Antonucci (2001) ao defender que o estabelecimento de contactos sociais auxiliam os indivíduos a se preparem para lidar e/ou ultrapassar os diversos obstáculos da vida quotidiana. A ausência destes relacionamentos pode levar os indivíduos a vivenciar emoções desagradáveis, causando-lhe dor e sofrimento. Já no que concerne à depressão, outro estudo realizado em Portugal também mostrou não haver diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados (Almeida & Quintão, 2012), confirmando os resultados obtidos na presente investigação.

Na terceira hipótese era esperado que fossem mais felizes os idosos que têm menos solidão, maior ajustamento emocional e mais satisfação com a vida. Foram encontradas três variáveis que predizem de forma estatisticamente significativa a felicidade, tendo sido encontrado um modelo que explica cerca de 36.8% da variância da felicidade em função da satisfação com a vida, da depressão-melancolia e do vigor-atividade. No mesmo sentido que os resultados encontrados, a literatura também refere que a felicidade apresenta uma relação

positiva com a satisfação com a vida e a dimensão vigor-atividade e uma relação negativa com a dimensão depressão-melancolia (Booth, Bartlett & Bohnsack, 1992; Cacioppo, Hawkley, Kalil, Hughes, Waite & Thisted, 2008; Cheng & Furnham, 2002; Gamble & Gärling, 2012). Contudo, a solidão não mostrou influenciar a felicidade, sendo os resultados diferentes do esperado tendo em conta que outros autores (Booth, Bartlett & Bohnsack, 1992; Cacioppo, Hawkley, , Kalil, Hughes, Waite & Thisted, 2008; Cheng & Furnham, 2002) referiram haver relação entre solidão e felicidade. Contudo, estes autores também não referiram haver influência. Talvez estes constructos, apesar de relacionados, não tenham força suficiente para um ter causalidade sobre o outro.

No presente estudo, apesar de não ter sido colocado em hipótese, os participantes não institucionalizados referiram que costumam passear mais do que os que se encontram a residir em instituições. Esta informação pode ser reveladora que as instituições onde a amostra foi recolhida não realizam muitas atividades com os idosos. Todavia, existem outras instituições que promovem mais atividades. Estas diferenças em termos de organismos podem influenciar os resultados e desta forma justificar as diferenças entre estudos. Neste sentido a literatura refere que são também alguns os estudos que apontam que as atividades sociais e físicas se encontram sistematicamente associadas com maior satisfação com a vida, melhores padrões de saúde, menor taxas de institucionalização e ciclos de vida mais longínquos. No que se reporta à população idosa estas colocam-se como sendo fulcrais, pelo facto de lhes permitir manter laços sociais de maior proximidade com a sua família e amigos mais próximos (Sabin, 1993; Steinbach, 1992).

Para tentar uniformizar a amostra e permitir uma maior generalização dos resultados foi tido em conta que houvesse homogeneidade entre grupos ao nível das suas características psicométricas, não havendo diferenças de idade e anos escolaridade entre sexos, mas os idosos institucionalizados apresentaram mais idade, tal como referido por outros autores (Almeida & Quintão, 2012). O facto de não existirem diferenças de escolaridade entre idosos institucionalizados e não institucionalizados também é importante, uma vez que a literatura refere que existe uma relação positiva entre os anos de escolaridade e a felicidade (Sumngern, Azeredo, Subgranon, Sungvorawongphana & Matos, 2010; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Diener & Lucas, 1999), permitindo concluir que os resultados apresentados não são influenciados por esta variável. Porém, em relação à variável género não foi possível uniformizar, havendo uma percentagem superior de mulheres no grupo institucionalizado.

Contudo, era expectável que existissem mais mulheres uma vez que o sexo feminino têm uma esperança média de vida mais elevada (Carrilho & Patrício, 2010).

Uma das limitações que se pode apontar a este estudo é a desproporcionalidade que existe entre o número de homens e de mulheres que se encontram institucionalizados e não institucionalizados. Neste sentido, como sugestão futura de trabalho pode-se referir a replicação deste trabalho tentando aumentar a dimensão da amostra, uniformizando-a em termos de género, assim como, expandir este estudo a uma maior número de instituições de acolhimento de idosos de outros concelhos do país, nomeadamente no interior, para se verificar se os resultados se mantinham, ou se se podiam observar alterações. Seria também interessante replicar o estudo controlando variáveis esclarecedoras da qualidade das instituições, avaliando as atividades de cada lar, bem como analisando o agregado familiar e o apoio social disponibilizado aos idosos não institucionalizados.

CONCLUSÃO

Sendo o envelhecimento demográfico em Portugal, tal como, o aumento da esperança média de vida e das instituições de acolhimento de idosos uma realidade atual, torna-se necessário estudar este período do ciclo da vida, para que consigamos entender melhor as vivências desta fase da vida humana e, consequentemente, consigamos proporcionar um melhor envelhecimento a esta população. Como tal, esta investigação foi pensada para identificar os fatores que contribuem para a felicidade na população idosa.

No que se refere às hipóteses colocadas todas elas apenas se confirmaram parcialmente, ficando assim demonstrado que não existe um efeito estatisticamente significativo para o sexo ao nível da felicidade, da satisfação com a vida e do florescimento, nem diferenças estatisticamente significativas entre institucionalizados e não institucionalizados nos níveis de felicidade, assim como foram os sujeitos não institucionalizados que apresentaram maiores índices de satisfação com a vida. Foi ainda possível verificar que não se constatou um efeito do sexo no desajustamento emocional e na solidão, mas sim da institucionalização, sendo na amostra de idosos não institucionalizados que se encontraram níveis superiores de vigor-atividade, confusão-desorientação, cólera-hostilidade e na amostra de idosos institucionalizados níveis superiores de tensão-ansiedade e de solidão. Relativamente à depressão-melancolia e à fadiga-inércia, não se verificou a existência de diferenças. Observou-se também que a satisfação com a vida, o vigor-atividade e a depressão-melancolia são constructos que predizem de forma estatisticamente significativa a felicidade no último mês.

Tendo em consideração os dados apresentados, pode-se concluir que maiores níveis de satisfação com a vida e de vigor-atividade e menores índices de depressão-melancolia contribuem para aumentar a felicidade na população idosa, assim como foi ainda possível constatar que a institucionalização exerce um efeito maior do que o sexo no bem-estar subjetivo, estados de humor e solidão nos idosos. Apesar de não ter sido colocado como hipótese, foi também possível verificar que a prática e o desenvolvimento de atividades de lazer, tal como a manutenção de relacionamentos sociais significativos, apresentam-se na vida do sénior como fatores de grande importância, uma vez que para além de contribuírem para um melhor estado de espírito, permite também minimizar as vivências provindas do processo de envelhecimento, ao lhes possibilitar estar em relação e se sentirem integrados no seu meio e ao lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Os resultados encontrados nesta investigação apresentam-se como essenciais, pelo facto de terem implicações imediatas para os profissionais que trabalham com pessoas idosas,

uma vez que o conhecimento que este estudo gerou pode auxiliar estes indivíduos a aumentar o seu saber acerca de como ajudar os séniores a melhorar e/ou aumentar a sua saúde mental. As dimensões do humor devem ser motivo de especial vigilância nas instituições, destacando-se a necessidade da presença de psicólogos com experiência na área da gerontologia em lares de idosos. Como os estados de humor muitas vezes não são diagnosticados, parece também importante a divulgação dos resultados obtidos nesta investigação nesse sentido. Finalmente, estes dados sugerem ser igualmente relevantes para a inclusão ou adaptação de programas de prevenção de saúde mental e de promoção da felicidade em idosos, assim como também traz novas descobertas à prática clínica que irão permitir o avanço e a melhoria nesta área.

Uma das limitações que se pode apontar a este estudo é a desproporcionalidade que existe entre o número de homens e de mulheres que se encontram institucionalizados e não institucionalizados. Neste sentido, como sugestão futura de trabalho pode-se referir a replicação desta investigação tentando aumentar a dimensão da amostra, uniformizando-a em termos de género, assim como, expandir este estudo a uma maior número de instituições de acolhimento de idosos de outros concelhos do país, nomeadamente no interior, para se verificar se os resultados se mantinham, ou se se podiam observar alterações. Seria também interessante replicar o estudo controlando variáveis esclarecedoras da qualidade das instituições, avaliando as atividades de cada lar, bem como analisando o agregado familiar e o apoio social disponibilizado aos idosos não institucionalizados.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L. & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Médica Portugal*, 25 (6), 350-358.
- Angelini, V., Cavapozzi, D., Corazzini, L. & Paccagnella, O. (2012). Age, health and life satisfaction among older europeans. *Social Indicators Research*, 105 (2), 293-308.
- Antonucci, T. C. (2001). Social relations: An examination of social networks, social support and sense of control. In J., E Birren & K., W Schaie (Eds), *Handbook of the psychology of aging* (5st ed, pp. 427-453). New York: Academic Press.
- Azevedo, M. J. & Teles, R. (2011). Revitalize a sua mente. In C., Paúl & O., Ribeiro (Eds.), *Manual de envelhecimento activo* (pp. 77-112). Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. (1999a). Social psychological theories and their applications to aging: From individual to collective. In V., L Bengtson & K., W Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 209-226). New York: Springer.
- Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. (1999b). The process of successful aging: selection, optimization and compensation. In U. Lindenberger & U., M Staudingner, *Understanding Human Development* (Vol. 2, pp. 81-104). New York: Springer US.
- Baptista, A. (2012). *O poder das emoções positivas*. Lisboa: Lidel.
- Baptista, A. (2013). *Aprender a ser feliz: Exercícios de psicoterapia*. Lisboa: Pactor.
- Beal, C., 2006. Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 27 (7), 795–813.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Birren, J. E. & Cunningham, W. R. (1985). Research on the psychology of aging: principles, concepts, and theory. In J., E Birren & K., W Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (Vol. 2, pp. 5-45). New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Birren, J. & Schaie, K. (2001). *Handbook of the psychology of aging*. New York: Academic Press.
- Blanchflower, D. G. & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle?. *Social Science & Medicine*, 66, 1733-1749.
- Bolte, A., Goschke, T. & Kuhl, J. (2003). Emotion and intuition: Effects of positive and negative mood on implicit judgments of semantic coherence. *Psychological Science*, 14 (5), 416-421.

- Booth, R., Bartlett, D. & Bohnsack, J. (1992). An examination of the relationship between happiness, loneliness and shyness in college students. *Journal of College Student Development*, 33 (2), 157-162).
- Borys, S. & Perlman, D. (1985). Gender differences in loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11 (1), 63-74
- Bowling, A. & Browne, P. D. (1991). Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology*, 46 (1), S20-S32.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Brubaker, T. (1990). *Family relationships in later life*. London: Sage Publications.
- Buck, B., Carr, S. R. & Robertson, J. (2008). Positive psychology and student engagement. *Journal of Cross-Disciplinary Perspectives in Education*, 1 (1), 28-35.
- Cacioppo, J. T. & Berntson, G. G. (1999). The affect system: architecture and operating characteristics. *American Psychological Society*, 8 (5), 133-137.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Kalil, A., Hughes, M. E., Waite, L. & Thisted, R. A. (2008). Happiness and the invisible threads of social connection: The Chicago health, aging, and social relations study. In M., Eid & R., J Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 195-219). New York: The Guilford Press.
- Capitanini, M. E. S. & Neri, A. L. (2008). Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In A., L Neri, M., S Yassuda & M., Cachioni (Coord.), *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos* (3rd ed., pp. 71-90). Campinas: Coleção Vivacidade.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carrilho, M. J. & Patrício, L. (2010). A Situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 5, 101-146.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (5), 151-156.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913-1915.
- Carstensen, L. L. (2009). *A long bright future*. New York: Random House.
- Carstensen, L. L. & Charles, S. T. (1999). Emotion in the second half of life. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 144-149.

- Carstensen, L. L., Fung, H. & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 103-123.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M. & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165–181.
- Carstensen, L. L. & Mikels, J. A. (2005). At the intersection of emotion and cognition: Aging and the positivity effect. *American Psychological Society*, 14 (3), 117-121.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mary, U. & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (4), 644-655.
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Brooks, H. P. & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26 (1), 21-33.
- Carstensen, L. L. & Turk-Charles, S. (1994). The salience of emotion across the adult life span. *Psychology and Aging*, 9, 259-264.
- Castelli, L., Zecchini, A. & Deamicis, L. (2005). The impact of implicit prejudice about the elderly on the reaction to stereotype confirmation and disconfirmation. *Current Psychology*, 24 (2), 134-146.
- Cavallero, P., Morino-Abbele, F. & Bertocci, B. (2007). The social relations of the elderly. *Archives Gerontology Geriatrics. Supplement*, 1, 97-100.
- Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2003). A life-span view of emotional functioning in adulthood and old age. In P., Costa (Eds.) *Advances in cell aging gerontology series* (vol.15, pp. 133-162). Amsterdam: Elsevier.
- Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2007). Emotion regulation and aging. In J., J Gross (Eds.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 307-327). New York: Guildford Press.
- Charles, T. S., Reynolds, C. A. & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80 (1), 136-151.
- Cheng, W. & Furnham, A. (2002). Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of Adolescence*, 25, 327-339.
- Cheng, S. T., Lee, C. K. & Chow, P. K. (2010). Social support and psychological well-being of nursing home residents in Hong Kong. *International Psychogeriatrics*, 22 (7), 1185-1190.

- Cohn, M. A. & Fredrickson, B. L. (2008). Positive emotions. In C., R Snyder & S., J Lopez (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2st ed., pp. 13-24). New York: Oxford University Press.
- Davidson, H. H. & Kruglov, L. (1952). Personality characteristics of the institutionalized aged. *Journal of Consulting Psychology*, 16 (1), 5-12.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.
- Diener, E. (1994). Assessing subjectiv well-being; progresso and opportunities. *Social Indicators Research*, 31 (2), 103-157.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychology*, 55 (1), 34-43.
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and Ill-Being. *Applied Research in Quality of Life*, 1 (2), 151-157.
- Diener, E. & Diener, C. (1996). Most people are happy. *American Psychological Society*, 7 (3), 181-185.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D., Kahneman., E., Diener & N., Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp- 213-229). New York: Russel Sage Foundation.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2009). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In S., J Lopez & C., R Snyder, *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (2st ed, pp. 187-194). United States of America: Oxford Library of Psychology.
- Diener, E. & Suh, E. (1998). Age and subjective well-being: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *American Psychological Association*, 125 (2), 276-302.
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 25-41.

- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97, 143-156.
- Dolan, P., Peasgood, T. & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29, 94-122.
- Drageset, J., Kikevold, M. & Espehaug, B. (2011). Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 611-619.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A. & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-51.
- Dykstra, P. A., Tilburg, T. V. & Gierveld, J. J. (2006). Loneliness and social isolation. In D., Perlman & A., Vangelisti (Eds.), *Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press.
- Eshkoor, S. A., Hamid, T. A., Nudin, S. S. H. & Mun, C. Y. (2014). The effects of social support, substance abuse and health care supports on life satisfaction in dementia. *Social Indicators Research*, 116, 535-544.
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2006). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions?. *Review of General Psychology*, 2 (3), 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56 (3), 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *The Royal Society*, 359, 1367-1377.
- Fredrickson, B. L. (2006). Unpacking positive emotions: Investigating the seeds of human flourishing. *Journal of Positive Psychology*, 1 (2), 57-59.
- Fredrickson, B. L. & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychological Association*, 60 (7), 678-686.

- Frijters, P. & Beatton, T. (2012). The mystery of the u-shaped relationship between happiness and age. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 82, 525-542.
- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 427-434.
- Galinha, C. (2008). *Bem-estar subjetivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Gamble, A. & Gärling, T. (2012). The relationships between life satisfaction, happiness and current mood. *Journal of Happiness Studies*, 13, 31-45.
- Gázquez, L., Pérez-Fuentes, M. C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I. & Díaz, A. (2009). Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2 (3), 263-273.
- Gerdtham, U. & Johannesson, M. (2001). The relationship between happiness, health, and socio-economic factors: Results based on Swedish microdata. *Journal of Socio-Economics*, 30, 553-557.
- Godoy-Izquierdo, D., Moreno, R. L., Pérez, M. L. V., Serrano, F. A. & García, J. F. G. (2013). Correlates of happiness among older Spanish institutionalised and non-institutionalised adults. *Journal Happiness Studies*, 14, 389-414.
- Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Deniham, A., Greene, E., Kirby, M. & Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 694-700.
- Gueldner, S. H., Loeb, S., Morris, D., Penrod, J., Bramlett, M., Johnston, L. & Schlotzhauer, P. (2001). A comparison of life satisfaction and mood in nursing home residents and community-dwelling elders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5 (15), 232-240.
- Guzman, A. B., Maravilla, K. N., Maravilla, V. A. M., Marfil, J. D. V., Mariñas, J. A. R. & Marquez, J. M. B. (2012). Correlates of geriatric loneliness in Philippine nursing homes: A multiple regression model. *Educational Gerontology*, 38, 563-575.
- Heller, D., Watson, D. & Remus, I. (2004). The role of person versus situation in life satisfaction: A critical examination. *Psychological Bulletin*, 130 (4), 574-600.
- Hicks Jr., T. J. (2000). What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (8), 15-19.

- Hollis, L. A. (1998). Sex comparisons in life satisfaction and psychosocial adjustment scores with an older adults sample: Examining the effect of sex role differences in older cohorts. *Journal of Women & Aging*, 10 (3), 59-77.
- Holmén, K., Ericsson, K., Andersson, L. & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: A population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 43-51.
- Holmén, K. & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 261-274.
- Huppert, F. A. (2009a). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1 (2), 137-164.
- Huppert, F. A. (2009b). A new approach to reducing disorder and improving well-being. *Journal of the Association for Psychological Science*, 4 (1), 108-111.
- Huppert, F. A. & So, T. T. C. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110, 837-861.
- Huppert, F. A. & Whittington, J. E. (2003). Evidence for the Independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *Journal of Health Psychology*, 8, 107-122.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). Projeções de população residente em Portugal, 2008-2060 In http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt. Acedido em 13 de Janeiro de 2014 em <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Censos 2011 – Resultados Provisórios In http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2. Acedido em 13 de Janeiro de 2014 em <http://www.ine.pt>.
- Isen, A. M. (1970). Success, failure, attention, and reaction to others: the warmglow of success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15 (4), 294-301.
- Isen, A. M., Daubman, K. A. & Nowicki, G. P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (6), 1122-1131.
- Isen, A. M., Johnson, M. M., Mertz, E. & Robinson, G. F. (1985). The influence of positive effect on the usefulness of word associations. *Journal of Personality and Social Psychological*, 48 (6), 1413-1426.

- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Joseph, S. & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review*, 30, 830-838.
- Kasi, S. V. (1972). Physical and mental health effects of involuntary relocation and institutionalization on the elderly – a review. *American Journal of Public Health*, 62 (3), 377-384.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Chronic physical conditions and aging: is mental health a potential protective factor?. *Ageing International*, 30 (1), 88-104.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychological Association*, 62 (2), 95-108.
- Kunzmann, U., Little, T. D. & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Corss-sectional and longitudinal evidence from the berlin aging studdt. *Psychology and Aging*, 15 (3), 511-526.
- Lacey, H. P., Smith, D. M. & Ubel, P. A. (2006). Hope i die before i get old: Mispredicting happiness across the adult lifespan. *Journal of Happiness Studies*, 7 (2), 167-182.
- Lane, A. M. & Terry, P. C. (2000). The nature of mood: Development of a conceptual model with a focus on depression. *Journal of Applied Sport Psychology*, 12, 16-33.
- Lang, F. R. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *Journal of Gerontology*, 56 (6), 321-326.
- Lang, F. R. & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relathionships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, 9 (2), 315-324.
- Levy, B. R. & Leifheit-Limson, E. (2009). The stereotype-matching effect: Greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. *Psychology and Aging*, 24 (1), 230-233.
- Lieberman, M. A., Prock, V. N. & Tobin, S. S. (1968). Psychological effects of institutionalization. *Journal of Gerontology*, 23 (3), 343-353.
- Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa Universidade de Coimbra.
- Louis, V. V. & Zhao, S. (2002). Effects of family structure family SES, and adulthood experience on life satisfaction. *Journal of Family Issues*, 23 (8), 986-1005.

- Luanaigh, C. Ó. & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E. & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39, 31-38.
- Lyubomirsky, S., King, L. Diener, E. (2005). The benefits of frequente positive affect: Does happiness lead to success?. *American Psychological Association*, 131 (6), 803-855.
- Lyubomirsky, S. & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46 (2), 137-155.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. & Schkade, D. (2005). Pursing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9 (2), 111-131.
- Mason, E. P. (1954). Some correlates of self-judgments of the aged. *Journal of Gerontology*, 9, 324-337.
- Matsubayashi, K., Kimura, S., Iwasaki, T., Okumiya, K., Hamada, T., Fujisawa, M., Takeuchi, K. & Ozawa, T. (1992). Evaluation of subjective happiness in th elderly using a visual analogue scale of happiness to analyze the effect of lifestyle and neurobehavioral function on subjective happiness. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi*, 29 (11), 817-822.
- McNair, D. M., Lorr, M. & Droppleman, L. F. (1992). *Manual profile of moods states*. California: Edits/Educational and Industrial Testing Service.
- Meléndez-Moral, J. C., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodríguez, T. & Sales-Galán. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25 (3), 319-323.
- Mollenkopf, H., Marcellini, F., Ruoppila, I., Flaschenträger, P., Gagliardi, C. & Spazzafumo, L. (1997). Outdoor mobility and social relathionship of elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 24, 295-310.
- Moore, K., Delaney, J. A. & Dixon, M. R. (2007). Using indices of happiness to examine the influence of environmental enhancements for nursing home residents with alzheimer's disease. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40 (3), 541-544.
- Moriya, H. & Nittono, H. (2011). Effect of mood states on the breadth of spatial attentional focus: Na event-related potencial study. *Neuropsychologia*, 49, 1162-1170.
- Norrish, J. M. & Vella-Brodrick, D. A. (2008). Is the study of happiness a worthy scientific pursuit?. *Social Indicators Research*, 87, 393-407.

- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Palacios, C. S., Torres, M. V. T. & Mena, W. J. B. (2009). Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 385-390.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In A., M Fonseca & C., Paúl (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (1st ed., pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5 (2), 164-172.
- Pavot, W. & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 3 (2), 137-152.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Griffin, S. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.
- Peplau, L. A. & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L., A Peplau & D., Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York: Wiley-Interscience Publication.
- Pezzin, L. E., Pollack, R. A. & Schone, B. S. (2013). Complex families and late-life outcomes among elderly persons: Disability, institutionalization, and longevity. *Journal of Marriage and Family*, 75, 1084-1097.
- Prieto-Flores M., Frojaz, M. J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F. & Martinez-Martin, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health*, 23 (1), 177-194.
- Ranzijn, R. (2002). Towards a positive psychology of ageing: Potentials and barriers. *Australian Psychologist*, 37 (2), 79-85.
- Russel, D. W. (1996). UCLA loneliness scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66 (1), 20-40.
- Russel, D., Peplau, L. A. & Cutrona, E. C. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39 (3), 472-480.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potential: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations in the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9 (1), 1-28.
- Ryvicker, M. (2009). Preservation of self in the nursing home: Contradictory practices within two models of care. *Journal of Aging Studies*, 23, 12-23.
- Sabin, E. P. (1993). Social relationships and mortality among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 12 (1), 44-60.
- Sagiv, L. & Schwartz, S. H. (2000). Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30 (2), 177-198.
- Santos, F., Sobral, M., Ribeiro, O. & Costa, A. (2003). Estudo da prevalência da depressão numa população institucionalizada. *Revista Portuguesa de Geriatria*, 15, 154.
- Savikko, N., Routasalo, P. E., Tilvis, R. S. Strandberg, T. E & Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people – a population-based study. *Gerontology*, 52 (3), 181-187.
- Schimmack, U., Diener, E. & Oishi, S. (2002). Life-satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: the use of chronically accessible and stable sources. *Journal of personality*, 70 (3), 345-384.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A vision of well-being and happiness and well-being*. Boston: Nochols Brealey Publishing.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Sheldon, K. M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56 (3), 216-217.
- Shin, D. C. & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Shyam, R. & Yadev, S. (2006). Indices of well-being of older adults: A study amongst institutionalized and non-institutionalized elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 21 (3-4), 79-94.

- Sirgy, M. J. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Steinbach, U. (1992). Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *Journal Gerontology*, 47 (4), 183-190.
- Storbeck, J. & Clore, G. L. (2005). With sadness comes accuracy; with happiness, false memory. *American Psychological Society*, 16 (10), 785-191.
- Sumngern, C., Azeredo, Z., Subgranon, R., Sungvorawongphana, N. & Matos, E. (2010). Happiness among the elderly in communities: A study in senior clubs of Chonburi province, Thailand. *Japan Journal of Nursing Science*, 7, 47-54.
- Tatarkiewicz, W. (1976). *Analysis of happiness*. Hague, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *American Psychological Association*, 103 (2), 93-210.
- Veenhoven, R. (1994). Is Happiness a trait?. *Social Indicators Research*, 32, 101-160.
- Veenhoven, R. (1998). The utility of happiness. *Social Indicators Research*, 20, 333-354.
- Waterman, A. S. (1990). The relevance of Aristotle's conception of eudaimonia for the psychological study of happiness. *Theory and Philosophy of Psychology*, 10 (1), 39-44.
- Wheeler, L., Reis, H. & Nezlek, J. (1983). Loneliness, social interaction, and sex roles. *Journal Personality Society Psychology*, 45 (4). 943-953.
- Whitbourne, S. & Whitbourne, S. (2011). Adult development and aging: biopsychosocial perspectives. United States of American: Publisher.
- WHOQOL-BREF. (1996). Introduction, administration, scoring and generic version of the assesment. Geneva: World Health Organization.
- Yeung, D. Y., Kwok, S. Y. C. & Chung, A. (2012). Institutional peer support mediates the impact of physical declines on depressive symptoms of nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (4), 875-885.
- Younkins, E. W. (2010). Human nature, flourishing, and happiness: toward a synthesis of aristotelianism, austrian economics, positive psychology, and ayn rand's objectivism. *Libertarian Papers*, 2 (35), 1-49.

APÊNDICES

Apêndice I: Consentimentos Informados das Instituições



Lisboa, Outubro de 2013

Ex.mo Sr. Doutor César Fernandes

Director Técnico – Casa de Repouso São José de Maria

Assunto: Pedido de colaboração na Dissertação de Mestrado



Eu, Cláudia Maria Roussado Faustino, aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Escola de Psicologia e Ciências da Vida, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, encontro-me a elaborar a minha dissertação de mestrado, que tem por tema “O Impacto Emocional da Institucionalização na população idosa”, supervisionada pelo Professor Doutor Américo Baptista, por forma a compreender o tipo de emoções que este fenómeno poderá causar na amostra em questão.

Por conseguinte, venho por este meio solicitar a V.^a Ex.^a o consentimento para a aplicação de um protocolo de investigação, que se encontra em anexo, nos idosos que constituem a população residente na Casa de Repouso São José de Maria, que está sob a vossa responsabilidade.

Será ainda fundamental referir que da participação anónima e voluntária dos utentes, não resultarão quais quer danos físicos ou mentais para os participantes, assim como, todos os dados fornecidos, durante a concretização da investigação, serão única e exclusivamente para tratamento estatístico, não existindo qualquer tipo de associação aos utentes, ou à própria instituição.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores Cumprimentos,


(Professor Doutor Américo Baptista)

(Doutor César Fernandes)



Lisboa, Outubro de 2013

Ex.ma Sr.ª Doutora Ana Neves

Assistente Social – Centro Social e Paroquial Nossa Sr.ª do Livramento

Assunto: Pedido de colaboração na Dissertação de Mestrado

Eu, Cláudia Maria Roussado Faustino, aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Escola de Psicologia e Ciências da Vida, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, encontro-me a elaborar a minha dissertação de mestrado, que tem por tema “ O Impacto Emocional da Institucionalização na população idosa”, supervisionada pelo Professor Doutor Américo Baptista, por forma a compreender o tipo de emoções que este fenómeno poderá causar na amostra em questão.

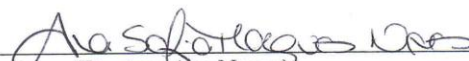
Por conseguinte, venho por este meio solicitar a V.ª Ex.ª o consentimento para a aplicação de um protocolo de investigação, que se encontra em anexo, nos idosos que constituem a população residente no Centro Social e Paroquial Nossa Sr.ª do Livramento, que está sob a vossa responsabilidade.

Será ainda fundamental referir que da participação anónima e voluntária dos utentes, não resultarão quais quer danos físicos ou mentais para os participantes, assim como, todos os dados fornecidos, durante a concretização da investigação, serão única e exclusivamente para tratamento estatístico, não existindo qualquer tipo de associação aos utentes, ou à própria instituição.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores Cumprimentos,


(Professor Doutor Américo Baptista)


(Doutora Ana Neves)

Apêndice II: Predição da Felicidade

Foi feita uma análise de regressão linear pelo método Stepwise com o objetivo de avaliar as variáveis preditoras da Felicidade. Como variável dependente temos a Felicidade e como variáveis independentes a Satisfação Com a Vida, o Florescimento, a Felicidade Subjetiva, a Tensão-Ansiedade, a Depressão-Melancolia, a Cólera-Hostilidade, o Vigor-Atividade, a Fadiga-Inércia, a Confusão-Desorientação e a Solidão. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7 – Predição da Felicidade

Variável Dependente	Variáveis Independentes	R ²	R ² ajust.	β	t
Felicidade	Satisfação Com a Vida	.270	.264	.349	4.305***
	Depressão-Melancolia	.351	.340	-.267	-3.399***
	Vigor-Atividade	.384	.368	.200	2.520*
Variância Explicada			.368%		

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

Como exposto na Tabela 7, para a variável de critério Felicidade, o modelo de regressão $F(3, 118) = 24.497$, $p = .001$, $R^2 = .368$ permitiu identificar as seguintes variáveis preditoras significativas: a Satisfação Com a Vida que explica cerca de 26.4% da sua variância ($\beta = .349$, $p = .000$), a Depressão-Melancolia que explica cerca de 7.6% da sua variância ($\beta = -.267$, $p = .000$) e o Vigor-Atividade que explica cerca de 2.8% da sua variância ($\beta = .200$, $p = .013$).

Assim verifica-se que 36.8% da variância da Felicidade em idosos pode ser explicada por elevados níveis de Satisfação com a Vida e de Vigor-Atividade e baixos índices de Depressão-Melancolia.

ANEXOS

Anexo I: Protocolo de Investigação

Versão: A. Baptista, C. Faustino 2013

Data ____/____/____

Solicitamos a sua colaboração para uma investigação que tem como objectivo estudar o comportamento emocional.

As suas respostas são confidenciais e anónimas, sendo submetidas a tratamento estatístico em grupo. Agradecemos a sua colaboração.

I - INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

1. SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino
2. ESTADO CIVIL: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União de Facto ☐ Divorciado(a) / Separado(a) ☐ Viúvo(a)
3. IDADE: ____ Anos 4. PROFISSÃO: _____
- 4.1. ESTATUTO PROFISSIONAL: ☐ Reforma Antecipada ☐ Reforma não Antecipada ☐ Pensão por Invalidez
5. N.º ANOS DE ESCOLARIDADE: _____ 6. CURSO: _____
7. RELIGIÃO: _____ 8. ETNIA: _____
9. FILHOS: ☐ Não ☐ Sim 9.1 SE SIM, QUANTOS? ____
10. ESTÁ NUM LAR? ☐ Não ☐ Sim 10.1. SE SIM, A INICIATIVA DE INTERNAMENTO FOI:
- ☐ Iniciativa Própria ☐ Trazido(a) por familiares ☐ Trazido por amigos ☐ Trazido por Técnico de Acção Social
- 10.1.1. TEMPO DE INTERNAMENTO: ____ Anos 10.1.2. RECEBE VISITAS? ☐ Não ☐ Sim
- 10.1.2.1. SE SIM, DE QUEM? ☐ Filho/a(s) ☐ Companheiro(a) ☐ Outro(s) Familiar(es) ☐ Vizinho(a)/Amigo(a)
- 10.1.2.2. REGULARIDADE DAS VISITAS: ____ vezes por mês.
- 10.2. SE NÃO ESTÁ NUM LAR, COM QUEM VIVE? _____
11. COSTUMA SAIR PARA PASSEAR? ☐ Não ☐ Sim 11.1. SE SIM, COM QUEM?
- ☐ Filho/a(s) ☐ Companheiro(a) ☐ Outro(s) Familiar(es) ☐ Vizinho(a) ☐ Amigo(a)
- 11.2. COM QUE FREQUÊNCIA?
- ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Quinzenalmente ☐ Mensalmente ☐ Anualmente

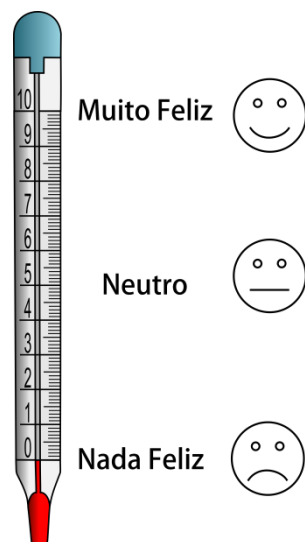
12. Seguidamente vai ler 5 afirmações com as quais pode concordar ou não. Utilize a escala de 1 a 7 para indicar a sua concordância com cada afirmação. Coloque uma cruz no número apropriado na linha à frente a cada afirmação. A escala de 7 pontos é a seguinte:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Neutro, não concordo, nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente

1.	Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal	1	2	3	4	5	6	7
2.	As minhas condições de vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3.	Estou satisfeito com a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
4.	Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha v	1	2	3	4	5	6	7
5.	Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada	1	2	3	4	5	6	7

- II -** Avalie a sua **FELICIDADE NO MOMENTO ACTUAL** no momento em que está a preencher o questionário, e faça igualmente uma estimativa da sua **FELICIDADE NO ÚLTIMO MÊS**. Para responder escreva um número de 0 a 10 no espaço abaixo do **TERMÓMETRO A** e outra no espaço por baixo do **TERMÓMETRO B**.

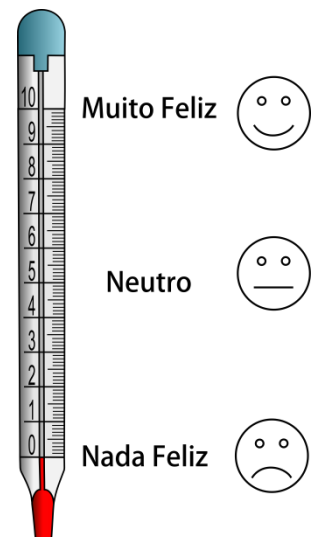
TERMÓMETRO A
FELICIDADE ACTUAL



FELICIDADE ACTUAL _____

(0 - 10)

TERMÓMETRO B
FELICIDADE ÚLTIMO MÊS



FELICIDADE ÚLTIMO MÊS _____

(0 - 10)

III - Apresentam-se seguidamente 8 frases com as quais pode concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 7 para, à frente de cada frase, indicar o seu grau de concordância com a mesma. Responda fazendo uma cruz (X) em cima do número que considerar adequado.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Fortemente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Não Discordo Nem Concordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Fortemente
1. Levo uma vida com objectivos e significado	1	2	3	4	5	6 7
2. Os meus relacionamentos sociais apoiam-me e recompensam-me	1	2	3	4	5	6 7
3. Estou envolvido e interessado nas minhas actividades diárias	1	2	3	4	5	6 7
4. Contribuo activamente para o bem-estar e a felicidade dos outros	1	2	3	4	5	6 7
5. Sou capaz e competente nas actividades que são importantes para mim	1	2	3	4	5	6 7
6. Sou uma boa pessoa e levo uma vida boa	1	2	3	4	5	6 7
7. Sou optimista a propósito do futuro	1	2	3	4	5	6 7
8. As pessoas respeitam-me	1	2	3	4	5	6 7

IV - Responda a cada frase assinalando com uma cruz (X) o número que melhor corresponde ao seu grau de concordância com a frase. Utilize a escala de 1 a 7 apresentada por baixo de cada frase.

1. Normalmente, considero-me uma pessoa:	1	2	3	4	5	6	7
	Não muito feliz						Muito feliz
2. Comparando-me com a maioria dos meus colegas, considero-me uma pessoa:	1	2	3	4	5	6	7
	Menos feliz						Mais feliz
3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Gozam a vida, independentemente do que esteja a acontecer, tirando o máximo proveito de tudo. Até que ponto se identifica com esta descrição?	1	2	3	4	5	6	7
	Nada						Muitíssimo
4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem tão felizes como poderiam estar. Até que ponto se identifica com esta descrição?	1	2	3	4	5	6	7
	Nada						Muitíssimo

V – Responda a esta lista de palavras que descrevem sentimentos, colocando uma cruz no número que melhor represente, numa escala de 0 (De maneira nenhuma) a 4 (Muitíssimo), como se tem sentido **durante a última semana, incluindo hoje.**

0	1	2	3	4
De maneira nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo

1. Afável	0 1 2 3 4	28. Incapaz de Concentrar	0 1 2 3 4
2. Tenso	0 1 2 3 4	29. Fatigado	0 1 2 3 4
3. Irado	0 1 2 3 4	30. Prestável	0 1 2 3 4
4. Esgotado	0 1 2 3 4	31. Chateado	0 1 2 3 4
5. Infeliz	0 1 2 3 4	32. Desanimado	0 1 2 3 4
6. Com ideias claras	0 1 2 3 4	33. Ressentido	0 1 2 3 4
7. Animado	0 1 2 3 4	34. Nervoso	0 1 2 3 4
8. Baralhado	0 1 2 3 4	35. Só	0 1 2 3 4
9. Desgostoso com coisas que aconteceram	0 1 2 3 4	36. Desgraçado	0 1 2 3 4
10. Trémulo	0 1 2 3 4	37. Desnortado	0 1 2 3 4
11. Desatento	0 1 2 3 4	38. Alegre	0 1 2 3 4
12. Irritado	0 1 2 3 4	39. Amargurado	0 1 2 3 4
13. Atencioso	0 1 2 3 4	40. Exausto	0 1 2 3 4
14. Triste	0 1 2 3 4	41. Ansioso	0 1 2 3 4
15. Activo	0 1 2 3 4	42. Disposto a brigar	0 1 2 3 4
16. Enervado	0 1 2 3 4	43. Bom carácter	0 1 2 3 4
17. Rabugento	0 1 2 3 4	44. Pessimista	0 1 2 3 4
18. Neura	0 1 2 3 4	45. Desesperado	0 1 2 3 4
19. Cheio de força	0 1 2 3 4	46. Indolente	0 1 2 3 4
20. Aterrorizado	0 1 2 3 4	47. Revoltado	0 1 2 3 4
21. Sem esperança	0 1 2 3 4	48. Desamparado	0 1 2 3 4
22. Descontraído	0 1 2 3 4	49. Saturado	0 1 2 3 4
23. Indigno	0 1 2 3 4	50. Espantado	0 1 2 3 4
24. Rancoroso	0 1 2 3 4	51. Desperto	0 1 2 3 4
25. Simpático	0 1 2 3 4	52. Desiludido	0 1 2 3 4
26. Resmungão	0 1 2 3 4	53. Furioso	0 1 2 3 4
27. Agitado	0 1 2 3 4	54. Eficiente	0 1 2 3 4

0	1	2	3	4
De maneira nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo

55. Seguro de mim	0 1 2 3 4	61. Assustado	0 1 2 3 4
56. Cheio de vida	0 1 2 3 4	62. Culpado	0 1 2 3 4
57. Mau humor	0 1 2 3 4	63. Vigoroso	0 1 2 3 4
58. Inútil	0 1 2 3 4	64. Hesitante	0 1 2 3 4
59. Esquecido	0 1 2 3 4	65. Desorientado	0 1 2 3 4
60. Despreocupado	0 1 2 3 4		

VI - Responda a cada uma das seguintes frases que descrevem como as pessoas às vezes se sentem. Faça uma cruz (X) em cima de um dos números da escala de 1 (Nunca) a 4 (Sempre), que está à frente de cada pergunta, de forma a indicar com que frequência se sente da maneira descrita:

1	2	3	4
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Sempre

1. Com que frequência sente que está em sintonia com as pessoas ao seu redor?	1 2 3 4
2. Com que frequência sente que lhe falta companhia?	1 2 3 4
3. Com que frequência sente que não existe ninguém a quem possa recorrer? ...	1 2 3 4
4. Com que frequência se sente sozinho(a)?	1 2 3 4
5. Com que frequência sente que faz parte de um grupo de amigos?	1 2 3 4
6. Com que frequência sente que tem muito em comum com as pessoas que o rodeiam?	1 2 3 4
7. Com que frequência sente que não tem ninguém por perto?	1 2 3 4
8. Com que frequência sente que os seus interesses e ideias são partilhados?	1 2 3 4
9. Com que frequência se sente extrovertido(a) e amigável?	1 2 3 4
10. Com que frequência se sente perto das pessoas?	1 2 3 4
11. Com que frequência se sente excluído(a)?	1 2 3 4
12. Com que frequência sente que o seu relacionamento com os outros não é significativo?	1 2 3 4
13. Com que frequência sente que ninguém o conhece realmente bem?	1 2 3 4
14. Com que frequência se sente isolado(o) dos outros?	1 2 3 4
15. Com que frequência sente que pode encontrar companhia quando quiser?	1 2 3 4

1	2	3	4
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Sempre

16.	Com que frequência sente que há pessoas que realmente o(a) compreendem?	1	2	3	4
17.	Com que frequência se sente tímido(a)?	1	2	3	4
18.	Com que frequência sente que as pessoas estão ao seu redor, mas não consigo?	1	2	3	4
19.	Com que frequência sente que existem pessoas com quem pode falar?	1	2	3	4
20.	Com que frequência sente que existem pessoas a quem pode recorrer?.....	1	2	3	4

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!